

7

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

Nel 2016 i premi contabilizzati nei rami danni diversi dal settore auto (ossia escludendo r.c. auto, r.c. natanti e corpi veicoli terrestri) sono aumentati del 2,0% rispetto all'anno precedente. Il combined ratio del bilancio 2016 è diminuito di 1,5 punti percentuali rispetto al 2015 raggiungendo l'84,1%, in ragione della diminuzione degli oneri per sinistri. Questo calo è dovuto, in parte, a uno smobilizzo positivo delle riserve accantonate per sinistri accaduti in esercizi precedenti che ha raggiunto a fine anno 1,2 miliardi. È proprio il contributo del minore onere dei sinistri ad aver contribuito al miglioramento del risultato tecnico complessivo che è stato positivo per 2,0 miliardi (appena superiore al 2015).

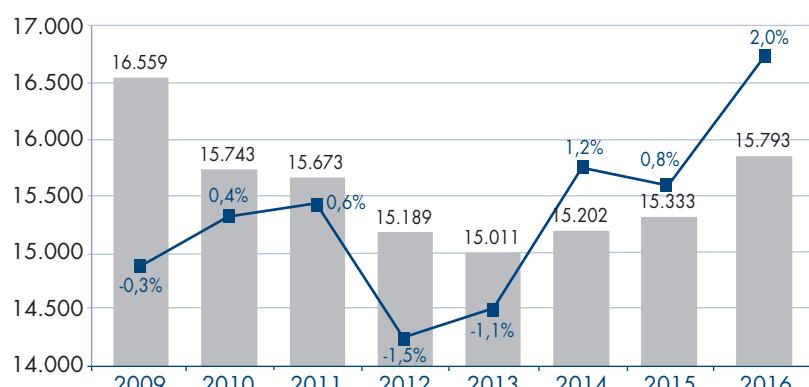
I RAMI DANNI DIVERSI DAL SETTORE AUTO

I **premi del portafoglio diretto italiano** raccolti nei rami danni diversi dal settore auto (ossia escludendo i rami corpi veicoli terrestri, r.c. auto e r.c. veicoli marittimi) sono stati nel 2016 pari a 15.793 milioni, in aumento (calcolato a perimetro di imprese omogeneo) del 2% rispetto al 2015. I rami che hanno registrato una crescita dei premi contabilizzati superiore alla media sono stati: i corpi veicoli ferroviari (+56,3%), il credito (+12,3%), la r.c. aeromobili (+10,1%), il malattia (+9,6%), l'assistenza (+6,3%), il ramo cauzione (+4,9%) e la tutela legale (+3,8%). Hanno invece registrato una diminuzione il ramo r.c generale (-0,2%), le perdite pecuniarie (-5,0%) e le merci trasportate (-7,0%). L'incidenza dei premi delle altre assicurazioni danni sul totale danni è aumentata passando dal 47,9% nel 2015 al 49,4% nel 2016, anche per effetto del calo registrato dai premi del comparto auto.

Premi del portafoglio diretto altri rami danni (*)
Valori in milioni

■ Premi contabilizzati
— Variazione % annua dei premi

(*) Si considerano tutti i rami danni ad eccezione dei corpi veicoli terrestri, della r.c. auto e r.c. marittimi, lacustri e fluviali



I **premi di competenza**, ottenuti sottraendo ai premi contabilizzati la variazione della riserva premi e altre voci di saldo, sono stati pari a 15.610 milioni in aumento dello 0,8% rispetto al 2015.

Il **costo dei sinistri di competenza**, definito come somma degli importi pagati e riservati per i sinistri accaduti nel solo anno 2016, è stato pari a 9.306 milioni, in aumento rispetto al 2015. Poiché questa voce di costo è compensata da un maggiore incremento dei premi, il loss ratio di competenza risulta in lieve miglioramento (dal 60,0% nel 2015 al 59,6% nel 2016).

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

Gli **oneri per sinistri**, che includono rispetto al costo dei sinistri di competenza anche l'eventuale sufficienza/insufficienza degli importi riservati dei sinistri accaduti in anni precedenti, sono stati pari a 8.120 milioni, in diminuzione rispetto al 2015. Il decremento è derivato dallo smobilizzo positivo delle riserve accantonate per i sinistri accaduti in esercizi precedenti. Questo importo, pari nel 2016, a 1.185 milioni, è risultato infatti in ulteriore crescita rispetto al 2015 (quando era pari a 933 milioni) e incide per 7,6 punti percentuali sui premi di competenza. Per questa ragione il rapporto degli oneri per sinistri e i premi di competenza è risultato in miglioramento (dal 53,9% nel 2015 al 52,0% nel 2016). I rami che più di altri hanno contribuito al miglioramento di questo indicatore e il cui peso, in termini di premi, è più elevato rispetto agli altri, sono stati il ramo malattia, per il quale il loss ratio è passato dal 67,6% nel 2015 al 66,9% nel 2016, il ramo r.c. generale, dal 54,8% al 48,1% e il ramo infortuni per il quale il loss ratio diminuisce dal 41,4% nel 2015 al 39,9% nel 2016. Gli unici rami che hanno registrato un peggioramento di questo indicatore e il cui peso, in termini di premi, è più elevato rispetto agli altri, sono stato il ramo incendio (dal 56,3% nel 2015 al 60,1% nel 2016) e il ramo altri danni ai beni (dal 60,5% nel 2015 al 62,9% nel 2016).

Altri rami danni (sono esclusi i rami corpi veicoli terrestri, r.c. auto, r.c. autoveicoli marittimi, lacustri e fluviali)

Valori in milioni

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Premi contabilizzati	16.559	15.743	15.673	15.189	15.011	15.202	15.333	15.793
Variazione della riserva premi e altre voci di saldo (-)	51	235	237	-280	-105	-28	1	183
Oneri relativi ai sinistri (-):	11.736	10.276	9.859	11.054	9.183	8.924	8.263	8.120
– sinistri di competenza (-)	11.804	10.499	10.000	11.004	9.657	9.613	9.196	9.306
– sufficienza/insufficienza sinistri es. prec.	68	223	141	-50	474	689	933	1.185
Saldo delle altre partite tecniche	-414	-408	-357	-363	-335	-375	-462	-412
Spese di gestione (-)	5.015	4.799	4.762	4.568	4.605	4.720	4.854	5.065
– provvigioni	3.528	3.407	3.387	3.192	3.182	3.256	3.315	3.506
– altre spese di acquisizione	682	670	642	675	686	723	767	733
– altre spese di amministrazione	805	722	733	701	737	741	773	826
Saldo tecnico del lavoro diretto	-657	24	458	-517	993	1.211	1.753	2.014
Utile investimenti	1.072	510	314	760	554	587	584	514
Risultato del conto tecnico diretto	415	534	772	243	1.546	1.798	2.337	2.528
Saldo della riassicurazione	-359	-539	-513	554	-726	-572	-469	-509
Risultato del conto tecnico complessivo	56	-5	259	796	820	1.226	1.868	2.019
Variazione % annua dei premi	-0,3%	0,4%	0,6%	-1,5%	-1,1%	1,2%	0,8%	2,0%
Combined ratio	101,4%	96,7%	94,2%	101,5%	91,4%	89,6%	85,6%	84,1%
– Expense ratio	30,3%	30,5%	30,4%	30,1%	30,7%	31,0%	31,7%	32,1%
– Provigioni/Premi contabilizzati	21,3%	21,6%	21,6%	21,0%	21,2%	21,4%	21,6%	22,2%
– Altre spese di acquisizione/Premi contabilizzati	4,1%	4,3%	4,1%	4,4%	4,6%	4,8%	5,0%	4,6%
– Altre spese di amministrazione/Premi contabilizzati	4,9%	4,6%	4,7%	4,6%	4,9%	4,9%	5,0%	5,2%
– Loss ratio:	71,1%	66,3%	63,9%	71,5%	60,7%	58,6%	53,9%	52,0%
– Loss ratio di competenza	71,5%	67,7%	64,8%	71,1%	63,9%	63,1%	60,0%	59,6%
– Suff./Insuff. sinistri es. preced./Premi competenza	0,4%	1,4%	0,9%	-0,3%	3,1%	4,5%	6,1%	7,6%
Saldo tecnico/Premi di competenza	-4,0%	0,2%	3,0%	-3,3%	6,6%	8,0%	11,4%	12,9%
Risultato del conto tecnico/Premi di competenza	2,5%	3,4%	5,0%	1,6%	10,2%	11,8%	15,2%	16,2%
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi di competenza	0,3%	0,0%	1,7%	5,1%	5,4%	8,0%	12,2%	12,9%
Incidenza dei premi sul totale premi rami danni	45,1%	44,2%	43,1%	42,9%	44,6%	46,3%	47,9%	49,4%

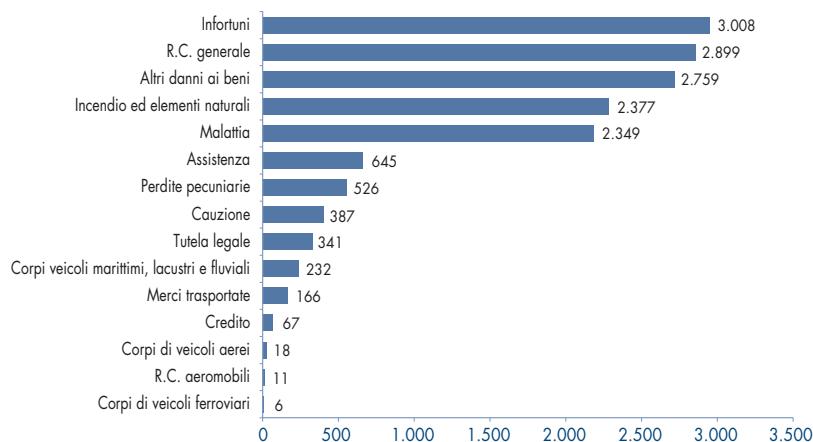
Gli indici e le variazioni % sono calcolati sulla base dei valori espressi in migliaia

Variazioni % calcolate a perimetro di imprese omogenee

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

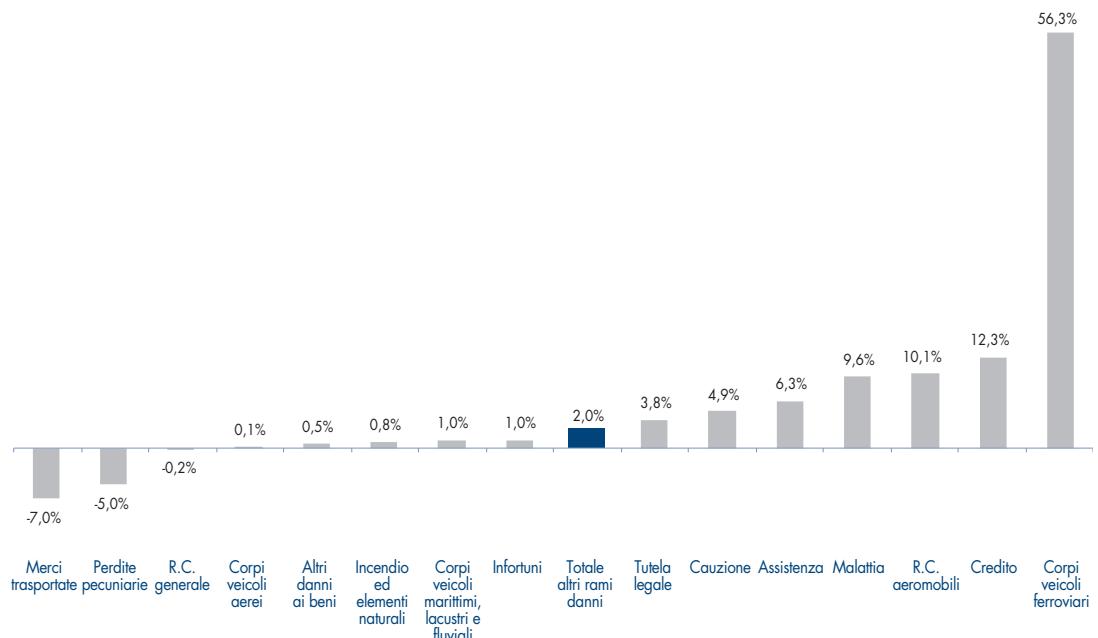
Premi del portafoglio diretto per ramo di attività – Anno 2016

Valori in milioni



Tassi di crescita % nominale dei premi del portafoglio diretto – Anno 2016 (*)

Media 2016: 2,0%



(*) Variazioni calcolate a perimetro di imprese omogeneo

Le **spese di gestione** sono state nel 2016 pari a 5.065 milioni (4.854 nel 2015) e comprendono le spese di amministrazione attinenti alla gestione tecnica e gli oneri per l'acquisizione dei contratti, per la riscossione dei premi e per l'organizzazione e il funzionamento della rete distributiva. L'incidenza delle spese sui premi è stata del 32,1%, valore in leggero aumento rispetto al 2015 (31,7%). In particolare, l'incidenza delle provvigioni sui premi è passata dal 21,6% nel 2015 al 22,2% nel 2016, l'incidenza delle altre spese di acquisizione sui premi è passata dal 5,0% al 4,6%, e quella delle altre spese di amministrazione dal 5,0% al 5,2%. I rami che presentano l'indicatore più alto sono: le perdite pecuniarie (37,7%), la tutela legale (37,5%), gli infortuni (35,9%) e il ramo cauzione (33,6%); valori più contenuti e inferiori al 20%, si registrano nei rami corpi veicoli marittimi (18,6%), corpi veicoli aerei (17,5%), r.c. aeromobili (14,9%) e corpi veicoli ferroviari (11,4%).

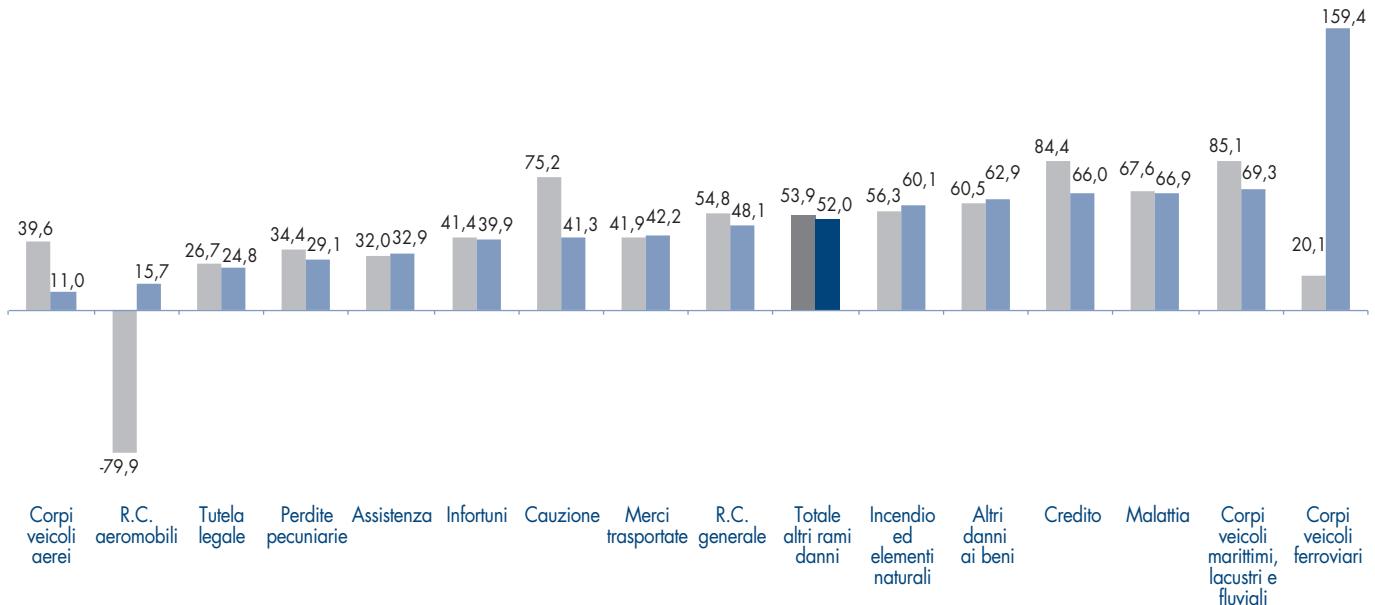
LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

Loss ratio di esercizio per ramo di attività (%)

Media 2016: 52,0%

2015

2016

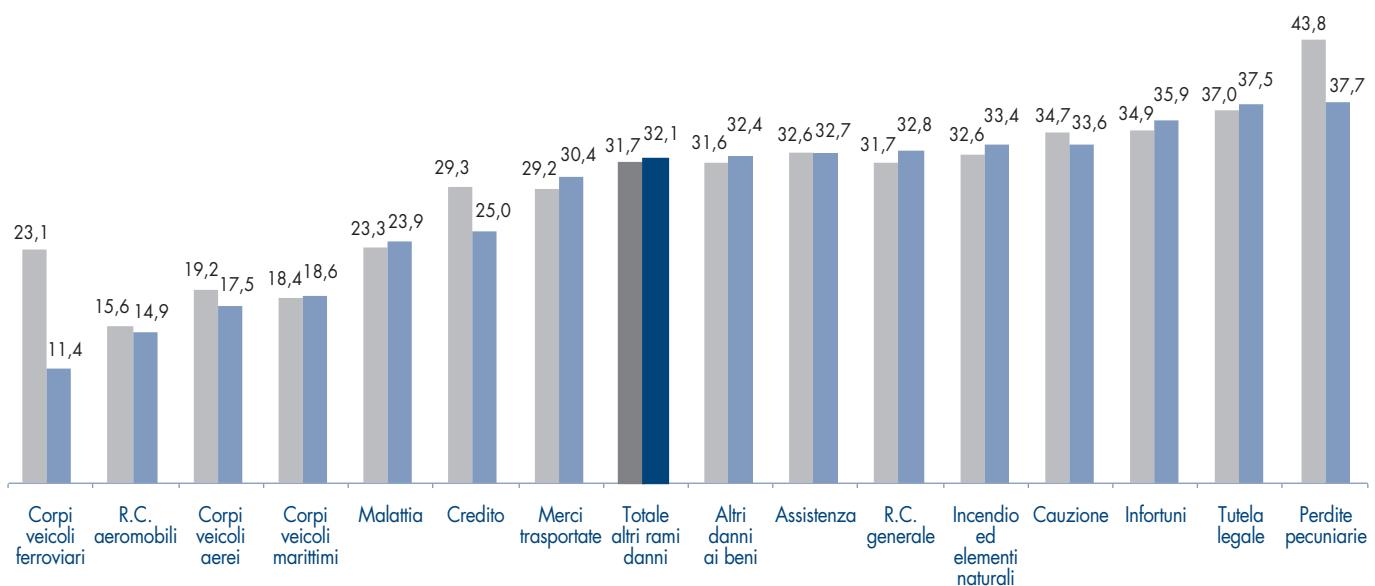


Expense ratio per ramo di attività (%)

Media 2016: 32,1%

2015

2016



Il **saldo tecnico** del portafoglio diretto è stato positivo per 2.014 milioni (in crescita rispetto ai 1.753 milioni nel 2015). Il miglioramento registrato dal saldo tecnico è derivato dal minore onere per sinistri precedentemente descritto e dal maggior volume di premi raccolti; in particolare, hanno registrato un saldo tecnico positivo e superiore ai 100 milioni i rami tutela legale (118 milioni, 108 nel 2015), malattia (134 milioni, 114 nel 2015), perdite pecuniarie (153 milioni contro 101 nel 2015),

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

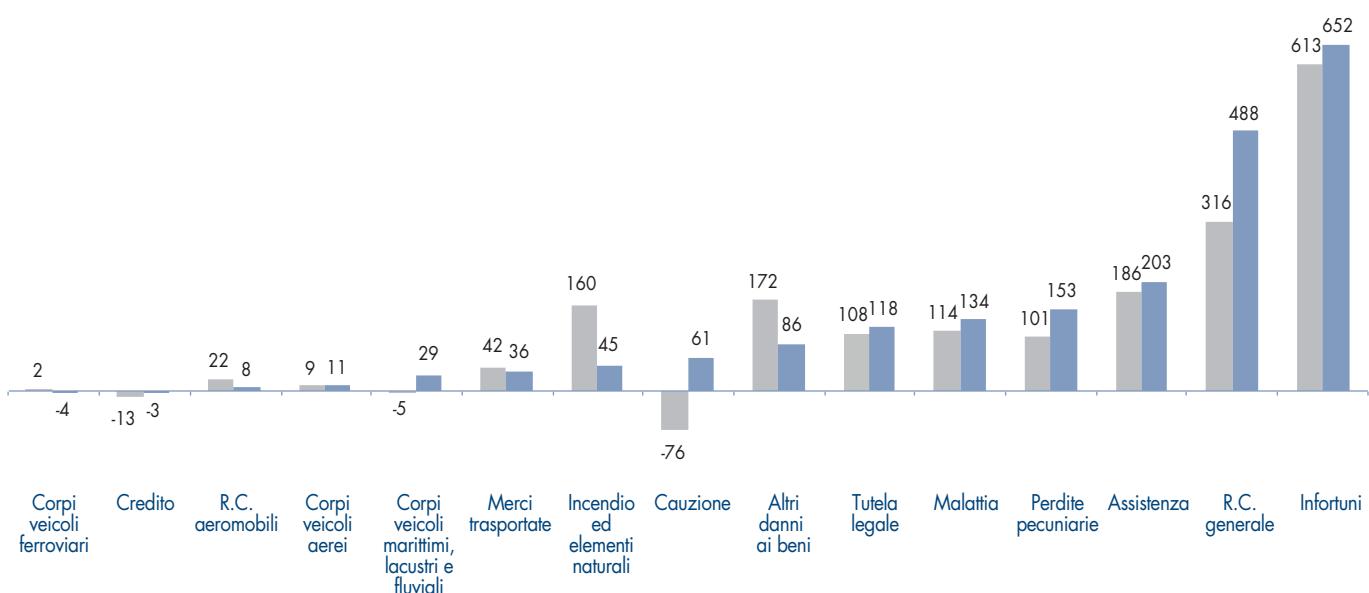
assistenza (203 milioni, in aumento rispetto ai 186 nel 2015), r.c. generale (488 milioni contro 316 nel 2015) e il ramo infortuni (652 milioni contro 613 nel 2015). Si sono registrati saldi negativi (anche se con valori molto contenuti) nei rami credito (-3 milioni) e corpi di veicoli ferroviari (-4 milioni).

Saldo tecnico del portafoglio diretto per ramo di attività

Valori in milioni

2015

2016



Considerando che gli **utili degli investimenti** sono stati pari a 514 milioni (erano 584 nel 2015), il **risultato del conto tecnico diretto** è stato positivo per 2.528 milioni (2.337 nel 2015), con un'incidenza sui premi di competenza pari al 16,2% (15,2% nel 2015). In particolare, incidenze superiori alla media si registrano per i seguenti rami: cauzione (19,1%), infortuni (23,9%), merci trasportate (24,1%), r.c. generale (25,2%), perdite pecuniarie (32,2%), assistenza (32,6%), tutela legale (38,1%), corpi veicoli aerei (63,5%) e r.c. aeromobili (69,9%). Valori negativi si registrano per i seguenti rami: credito (-2,8%) e corpi veicoli ferroviari (-81,0%).

Tenuto conto del saldo della riassicurazione (negativo per 509 milioni), il **risultato del conto tecnico complessivo** è stato positivo per 2.019 milioni (1.868 nel 2015), con un'incidenza sui premi pari al 12,9% (12,2% nel 2015).

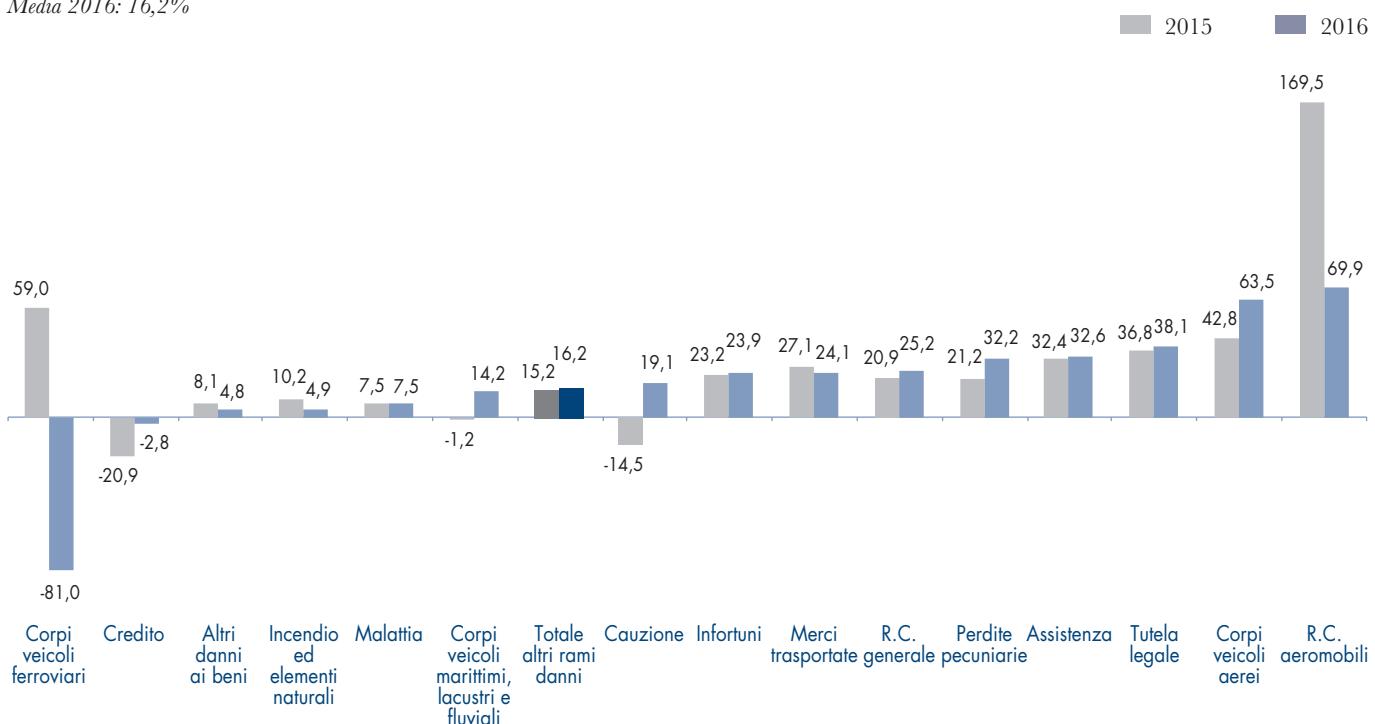
Le **riserve tecniche dirette** delle altre assicurazioni danni, al netto delle somme da recuperare da assicurati e da terzi, sono state pari nel 2016 a 29.419 milioni; in particolare, 8.307 milioni sono relativi alla riserva premi e 21.112 alla riserva sinistri. Il ramo nel quale si registra l'importo più elevato di riserve tecniche è la r.c. generale, per il quale è stato previsto a fine 2016 un accantonamento pari a 13.244 milioni.

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

per sinistri e premi; registrano una riserva complessiva superiore ai 3.000 milioni i rami infortuni (3.340) e incendio (3.785).

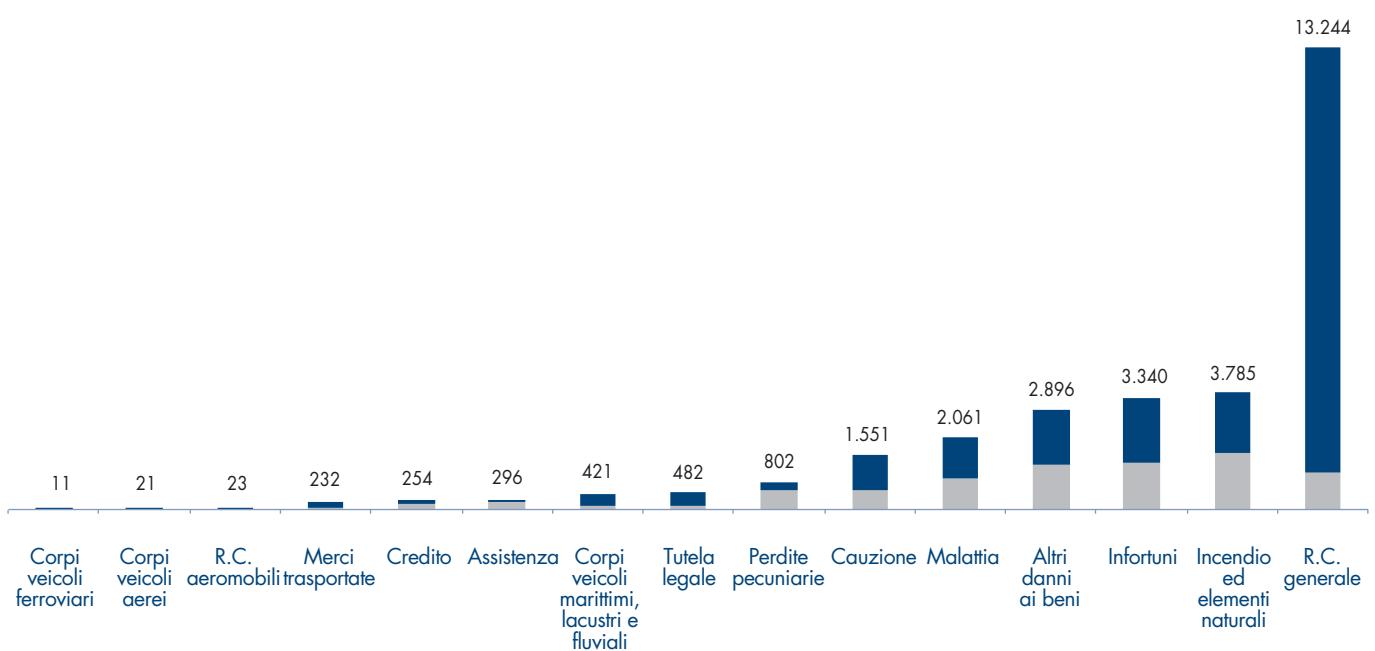
Incidenza risultato conto tecnico del portafoglio diretto su premi di competenza per ramo di attività

Media 2016: 16,2%



Riserve tecniche rami danni – Anno 2016

Valori in milioni



UN'ANALISI DELLA DIFFUSIONE DELLE COPERTURE DANNI TRA LE FAMIGLIE ITALIANE

In ambito assicurativo la nozione di atteggiamento nei confronti del rischio è fondamentale, poiché è alla base delle scelte di portafoglio di un risparmiatore e, quindi, fortemente correlato alla sua propensione ad acquistare una polizza assicurativa (non obbligatoria). Il livello di atteggiamento nei confronti del rischio di un individuo dipende dalle sue preferenze. Pur non essendo osservabili, è possibile ottenere informazioni sulle preferenze grazie al fatto che esiste una correlazione con le caratteristiche socio-demografiche che un individuo possiede.

È stato dimostrato empiricamente infatti che differenti fattori socio-demografici e culturali generano livelli di propensione al rischio differenti e che lo stesso livello di quest'ultima evolve in base ai cambiamenti ambientali e alle specifiche caratteristiche individuali. Numerosi studi hanno dimostrato che l'avversione al rischio aumenta in modo proporzionale all'aumentare dell'età e del reddito, si differenzia in base al genere (le donne sarebbero più avverse al rischio) e al contesto familiare. Sono state studiate le relazioni tra avversione al rischio e caratteristiche come il livello di educazione, lo stato di salute, la dimensione della famiglia o il tipo di lavoro. Naturalmente i diversi fattori oggetto di analisi sono spesso fortemente correlati l'uno con l'altro (e con la ricchezza individuale o familiare, in particolare); ciò rende quindi l'interpretazione dei risultati e dei nessi di causalità spesso incerta e di non facile determinazione.

A partire da tali considerazioni, e avvalendosi dei risultati provenienti dall'Indagine della Banca d'Italia sui Bilanci delle famiglie italiane, ANIA ha avviato un'analisi della diffusione delle coperture danni tra le famiglie italiane.

L'Indagine, condotta con cadenza biennale, alimenta un database contenente, tra le altre cose, informazioni sulle coperture assicurative in possesso delle famiglie italiane. In occasione della pubblicazione dei risultati, ANIA svolge periodicamente una sintetica analisi basata sui dati contenuti nell'archivio storico della sopracitata indagine e, in particolare, sull'elaborazione delle risposte alla sezione del questionario dedicata alle forme assicurative. In tale sezione si domanda alle famiglie se uno o più membri del nucleo familiare abbiano acquistato una polizza danni diversa dall'assicurazione obbligatoria r.c. auto. In caso di risposta affermativa agli intervistati viene posta un'ulteriore domanda riguardante il tipo e il numero di coperture acquistate nell'anno (polizze per mezzi di trasporto, intese come garanzie accessorie alla r.c. auto, polizze per la copertura di danni ad abitazioni e terreni e polizze a copertura della responsabilità civile generale).

A partire dall'edizione 2014 dell'indagine, ANIA ha deciso di estendere il campo di osservazione introducendo un'analisi più dettagliata della diffusione delle polizze danni non auto. Sono state, infatti, selezionate alcune tra le variabili rappresentative dei principali fattori socio-demografici citati in letteratura come *driver* del profilo di rischio di un individuo ed è stata esaminata la diffusione delle polizze danni diverse dall'r.c. auto, oltre che per tipologia di copertura, anche in termini di tali variabili, allo scopo di investigare la natura delle eventuali relazioni che intercorrono tra esse. È stata inoltre osservata la dimensione temporale ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Sono stati utilizzati gli archivi relativi alle edizioni dal 2004 al 2014 poiché nelle edizioni precedenti dell'indagine non è presente il quesito sulla tipologia di polizza.

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

nell'ottica di individuare eventuali trend nell'evoluzione delle variabili e delle eventuali relazioni esistenti.

Dall'indagine relativa al 2014 (l'ultima indagine per cui sono disponibili i dati), che ha riguardato 8.156 famiglie⁽²⁾ e 19.366 individui, risulta che il 20,1% delle famiglie oggetto del campione ha acquistato una polizza danni non auto. In particolare, l'11,2% ha acquistato almeno una polizza per mezzi di trasporto, il 17,1% almeno una per la casa, il 5,3% almeno una per la famiglia⁽³⁾.

La diffusione delle polizze danni mostra un trend per la diffusione delle polizze danni complessivamente crescente tra il 2004 e il 2010 e una lieve inversione di tendenza dal 2012; in termini di tipologia di polizza, lungo l'intera dimensione temporale risultano prevalenti le coperture per abitazioni e terreni, seguite dalle garanzie accessorie auto e, su livelli molto contenuti, dalle polizze per la persona (figura 1).

Figura 1
Evoluzione della
diffusione delle
polizze – Totale

- Polizze danni
- Trasporti
- Casa e terreni
- Persona
- Numero famiglie

Fonte: Elaborazione ANIA
su dati Banca d'Italia



Le variabili individuali: sesso, età, titolo di studio

Ad acquistare coperture danni non auto, secondo una prima analisi puramente descrittiva, sarebbero principalmente famiglie con capofamiglia di sesso maschile, per tutte le tipologie di polizze. L'apparente contraddizione dei risultati con l'evidenza empirica proveniente dalla letteratura, secondo cui le donne sarebbero più avverse al rischio – quindi più inclini ad assicurarsi – può essere attribuita a una correlazione di tale variabile con la posizione lavorativa e reddituale.

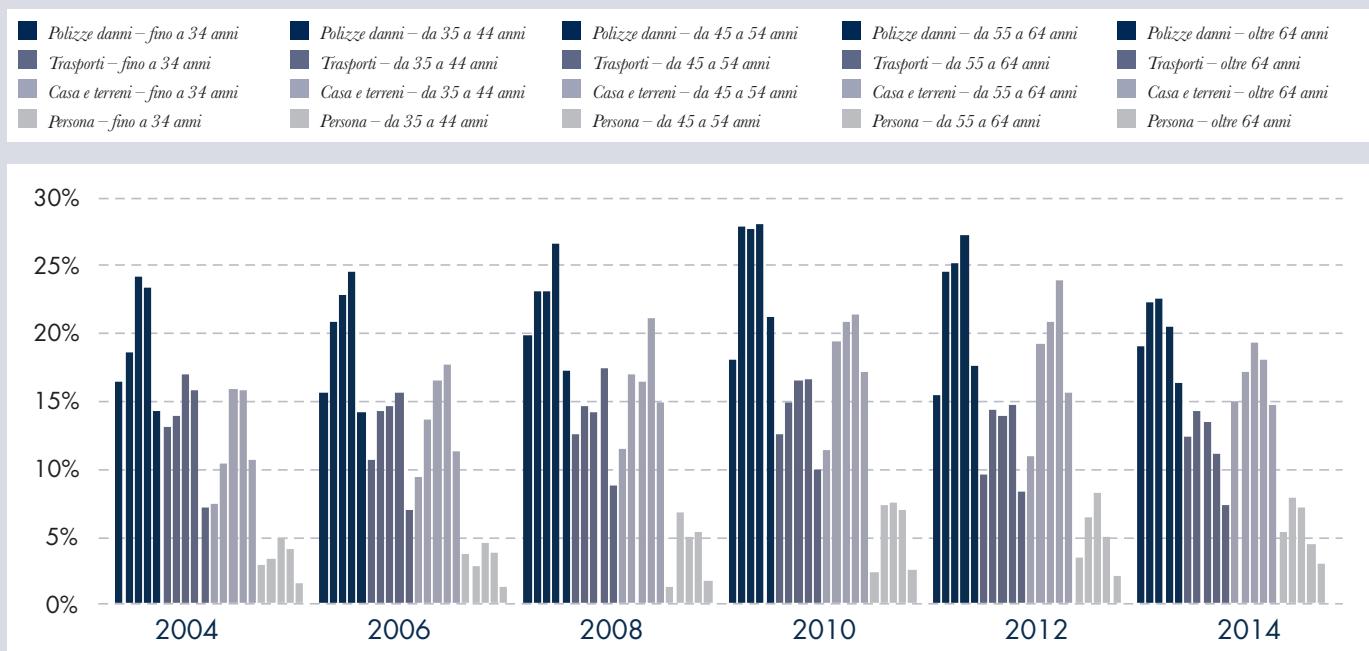
⁽²⁾ Nota metodologica: i) nelle elaborazioni relative alle famiglie sono stati utilizzati i pesi campionari (peso costante per ogni componente della famiglia); ii) le caratteristiche individuali sono riferite al capofamiglia, inteso come il maggior percettore di reddito.

⁽³⁾ Relativamente all'interpretazione dei dati, è opportuno precisare che, a differenza delle polizze vita, che riflettono decisioni di risparmio e di allocazione della ricchezza, le risposte ai quesiti sulla detenzione di polizze danni potrebbero essere influenzate da fattori legati all'effettiva consapevolezza del possesso delle polizze stesse da una naturale reticenza a dichiarare le proprie disponibilità economiche, sia in termini di reddito sia di ricchezza.

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

In termini di età del capofamiglia, la diffusione di polizze danni risulta distribuita maggiormente tra i 35 e i 64 anni e caratterizzata da una prevalenza per gli acquisti di polizze per la casa (figura 2). Tale evidenza può essere giustificata con l'insorgenza, in tale fascia di età, di fattori quali il raggiungimento di una posizione lavorativa stabile, la creazione di una famiglia propria e l'acquisto di un'abitazione di proprietà. Il grado di istruzione sembrerebbe invece, a conferma delle evidenze in letteratura, positivamente correlato con la diffusione di polizze danni, in particolare negli anni della crisi economica e finanziaria.

Figura 2 – Diffusione delle polizze danni per età del capofamiglia



Fonte: Elaborazione ANIA su dati Banca d'Italia

Le variabili professionali: condizione professionale, settore lavorativo

In termini di variabili legate alla professione del capofamiglia, il ricorso alle polizze danni risulta maggiormente diffuso per i lavoratori indipendenti – probabilmente più esposti all'incertezza legata alla condizione lavorativa autonoma – seguiti dai lavoratori dipendenti, dai pensionati e dai lavoratori in condizione non professionale (figura 3). Quanto al settore, l'analisi descrittiva non mostra alcuna relazione di rilievo, se non una diffusione contenuta tra i capifamiglia appartenenti al settore dell'agricoltura o non appartenenti ad alcun settore.

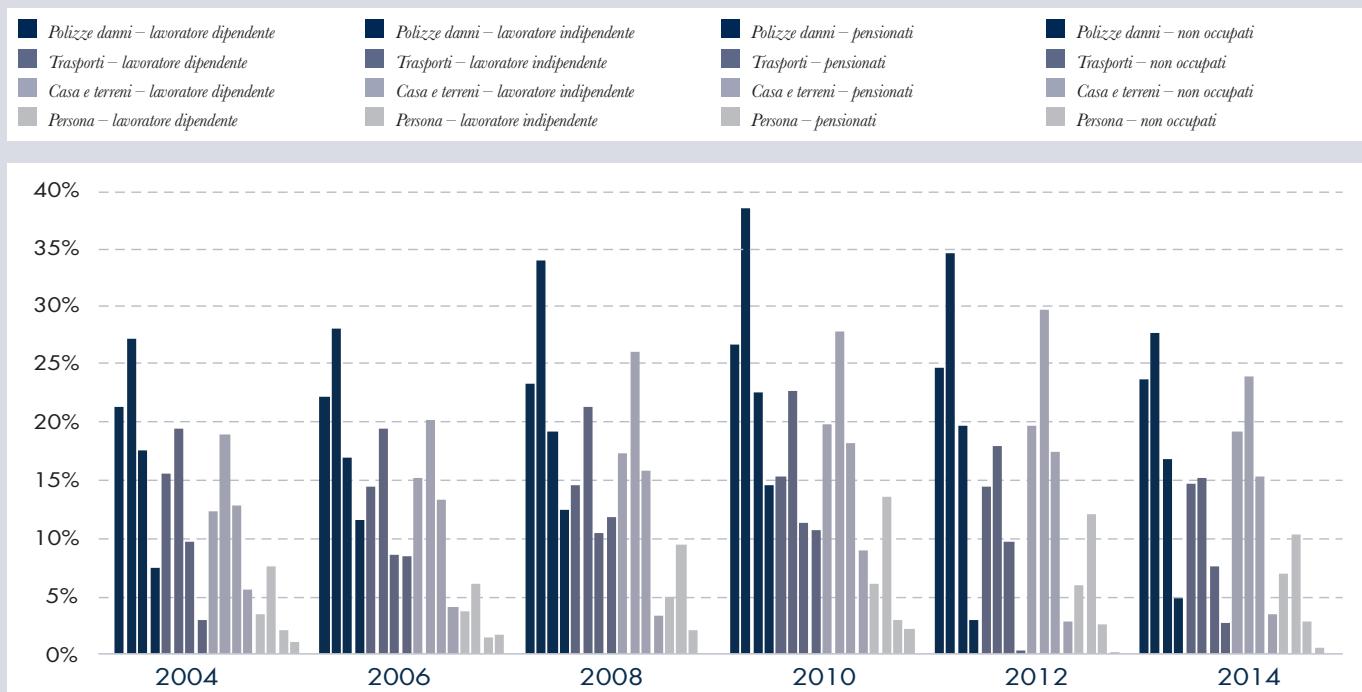
Le variabili familiari: reddito, titolo di godimento dell'abitazione, numero componenti

Il legame tra possesso di polizze danni diverse dalla r.c. auto e il reddito risulta, come prevedibile, crescente (figura 4). Il reddito è, infatti, fortemente correlato con la maggior parte delle variabili in esame e segnala, da un lato, la disponibilità economica per affrontare la spesa di una polizza danni (non obbligatoria) e, dall'altro, il possesso di beni da assicurare.

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

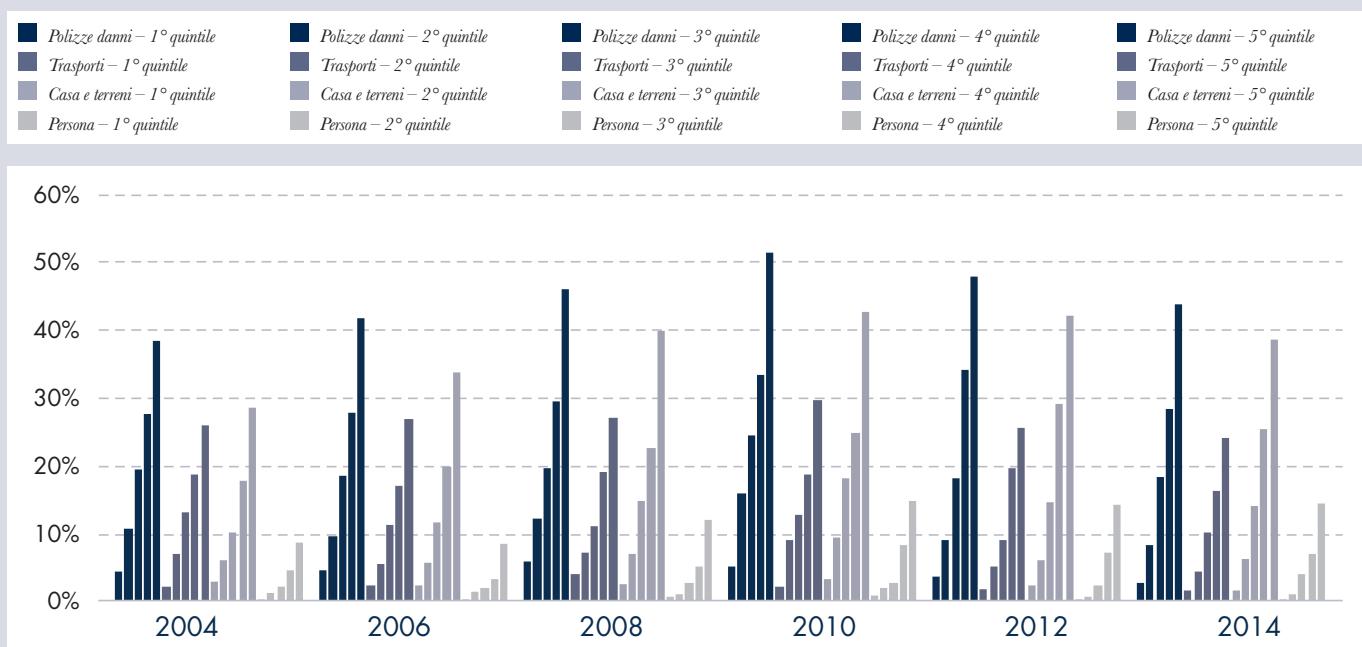
I risultati dell'indagine mostrano inoltre, all'aumentare del reddito, una maggior propensione all'acquisto di polizze per la casa piuttosto che per i trasporti e ancor meno per la responsabilità civile generale.

Figura 3 – Diffusione delle polizze danni per condizione professionale del capofamiglia



Fonte: Elaborazione ANIA su dati Banca d'Italia

Figura 4 – Diffusione delle polizze danni per reddito del capofamiglia

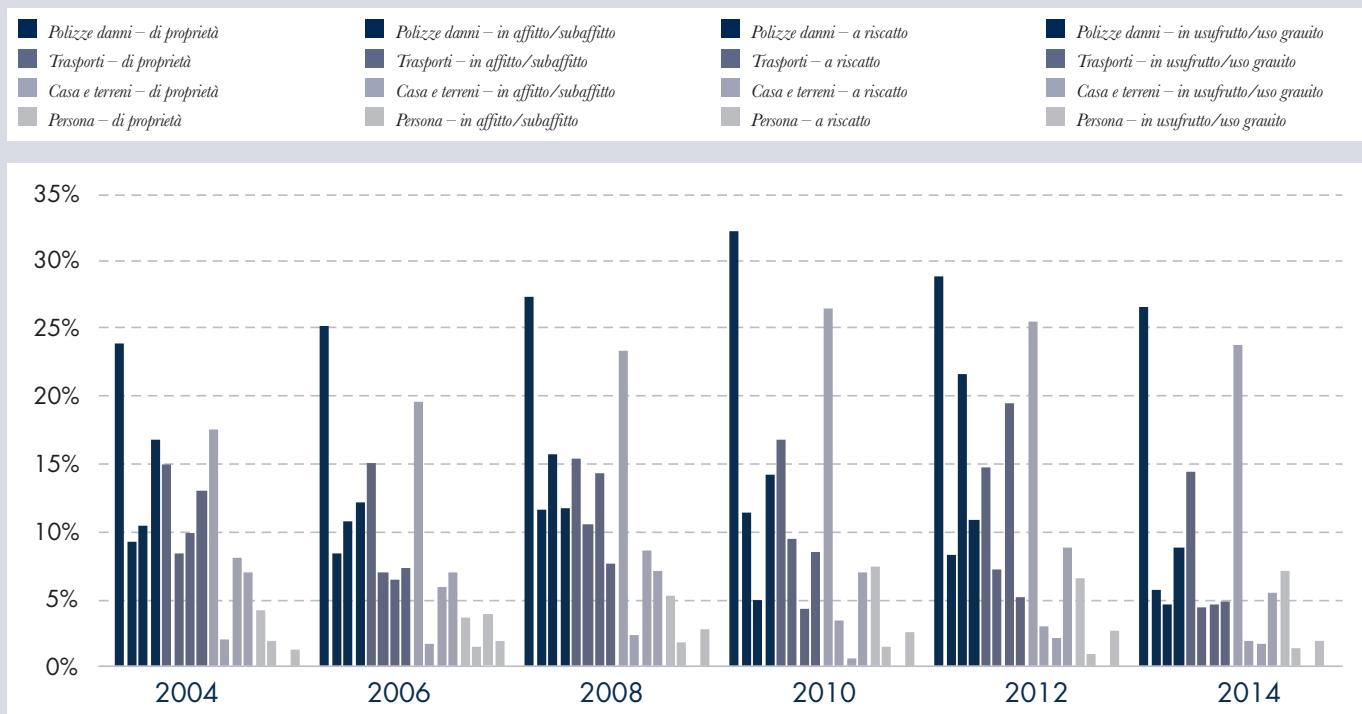


Fonte: Elaborazione ANIA su dati Banca d'Italia

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

Per quanto riguarda il titolo di godimento dell'abitazione, condizione legata anch'essa alla condizione reddituale, il possesso della casa di proprietà sembrerebbe legato a un maggior ricorso alle polizze danni (figura 5).

Figura 5 – Diffusione delle polizze danni per titolo di godimento dell'abitazione



Fonte: Elaborazione ANIA su dati Banca d'Italia

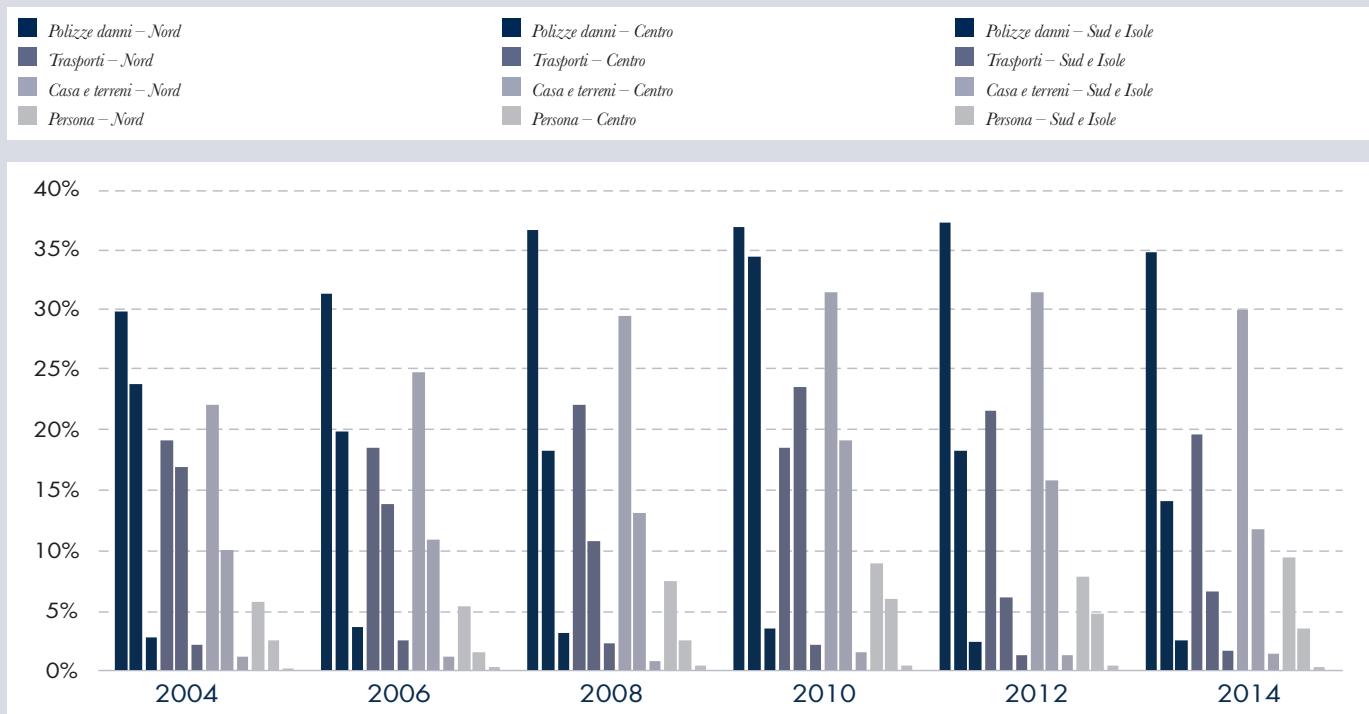
La relazione tra dimensione della famiglia e diffusione delle polizze, funzione del reddito familiare, da un lato, ma anche dipendente da fattori non razionali, risulta lineare e direttamente proporzionale al crescere della dimensione, solo per le polizze trasporti; per le altre tipologie di polizze emerge un andamento non lineare e una diffusione più elevata per le famiglie medie (con un numero di figli compreso tra 2 e 4).

Le variabili geografiche: ampiezza comunale, area geografica, paese d'origine

Quanto alla collocazione geografica, infine, l'analisi della distribuzione per ampiezza comunale non mostra relazioni di rilievo comuni alle edizioni dell'indagine esaminate; al contrario, emerge una chiara prevalenza del possesso di almeno una polizza danni al Nord e Centro Italia e livelli molto bassi per il Sud e le Isole (figura 6). Quanto al paese di origine, il minor possesso di beni in Italia potrebbe essere una ragione alla base del minor ricorso a tali coperture.

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

Figura 6 – Diffusione delle polizze danni per area geografica di residenza



Fonte: Elaborazione ANIA su dati Banca d'Italia

APPALTI PUBBLICI – DECRETO CORRETTIVO AL CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI

Il 5 maggio 2017 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto legislativo 19 aprile n. 56 cosiddetto “correttivo” al Codice dei contratti pubblici (decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, in vigore dal 19 aprile 2016) che, come previsto dalla legge delega n. 11 del 28 gennaio 2016 (art. 1, co. 12, lett. e), rappresenta la fase di perfezionamento ed assestamento del Codice Appalti a un anno dalla sua entrata in vigore.

Il decreto è composto da 131 articoli che dispongono numerose correzioni ai 220 articoli del Codice dei contratti pubblici. Le modifiche proposte sono mirate a perfezionare l’impianto normativo senza intaccarlo, con lo scopo di migliorarne l’omogeneità, la chiarezza e l’adeguatezza, in modo da perseguire l’obiettivo dello sviluppo del settore che la legge delega si era prefissata.

Le principali novità in ambito assicurativo riguardano:

- le modifiche apportate all’art. 93, comma 7, del Codice che prevedono il diritto per le micro, piccole e medie imprese e i raggruppamenti di operatori economici o consorzi ordinari costituiti esclusivamente da microimprese, piccole e medie imprese di presentare sia

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

- la garanzia provvisoria che la garanzia definitiva ridotta al 50% anche se non in possesso della certificazione di qualità conforme alle norme europee UNI CEI ISO 9000;
- le modifiche apportate all'art. 103, comma 9, del Codice che prevede che le garanzie fideiussorie e le polizze assicurative previste come obbligatorie dal Codice stesso siano conformi agli schemi tipo approvati con decreto del Ministro dello Sviluppo Economico emanato di concerto con il Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti e previamente concordato con le banche e le assicurazioni o loro rappresentanze. Inizialmente, nel decreto n. 50 del 2016, gli schemi di riferimento erano stati previsti solo per le garanzie fideiussorie, ma con il decreto correttivo n. 56 del 2017 la previsione è stata estesa anche alle coperture assicurative. Tali schemi tipo, previsti anche nella legislazione antecedente all'attuale codice e la cui predisposizione ed emanazione quindi si innestano nell'alveo di una tradizione giuridica e legislativa ormai consolidata, recepiscono le innovazioni previste nel codice stesso, soprattutto per quanto riguarda le garanzie, includendo sia quelle finora previste, con le modifiche derivanti dal nuovo codice, sia quelle nuove, quali ad esempio le garanzie per la risoluzione.

L'iter di emanazione dello schema di regolamento ministeriale recante gli schemi di contratti tipo per le garanzie fideiussorie e le coperture assicurative in parola al momento in cui si scrive non è ancora concluso.

Esso ha visto partecipare al tavolo appositamente costituito, come disposto nella normativa primaria, sia le rappresentanze delle assicurazioni e delle banche sia gli esponenti dei Ministeri competenti, ciascuno dei quali, in un rapporto di collaborazione, ha fornito i propri contributi, con l'obiettivo – nel rispetto dei principi comunitari di economicità, efficacia, imparzialità, parità di trattamento, trasparenza, proporzionalità – di consentire alle stazioni appaltanti, ai soggetti aggiudicatori e a tutti i soggetti coinvolti nel comparto degli appalti pubblici il consolidamento e lo sviluppo di una sana concorrenza, l'ampliamento dei partecipanti alle gare d'appalto e una maggiore reperibilità sul mercato delle garanzie e coperture in parola con il rafforzamento della tutela degli enti pubblici aggiudicatori.

LA RESPONSABILITÀ CIVILE IN AMBITO SANITARIO

Per valutare gli andamenti tecnici nell'ambito della responsabilità civile sanitaria ANIA, per molti anni, ha utilizzato una rilevazione statistica associativa i cui risultati, tuttavia, sono stati influenzati dalla progressiva uscita dal mercato di numerose imprese nazionali a favore di imprese europee che operano in Italia utilizzando la libertà di stabilimento o la libera prestazione di servizi. Questa dinamica ha avuto un impatto negativo sulla rappresentatività del campione statistico in quanto le rappresentanze di imprese UE non fornivano informazioni all'Associazione se non, in parte, quelle relative ai premi. Per ovviare a questa criticità legata alla riduzione del campione, ANIA, nel corso del 2017, ha raccolto e analizzato i dati che IVASS ha richiesto alle imprese in merito ai sinistri, al volume premi e in generale alla "dimensionalità" delle coperture in ambito sanitario (sia strutture sanitarie che personale sanitario).

Occorre sottolineare che non è stato possibile mettere a confronto i risultati di questa statistica con quelli storici già a disposizione di ANIA in quanto il perimetro di rilevazione delle due

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

analisi non è omogeneo⁽¹⁾. Inoltre i dati storici risentivano, soprattutto negli ultimi anni, di una forte componente di stima dovuta, come già detto, alla bassa rappresentatività del campione a disposizione. I risultati della rilevazione IVASS fanno invece riferimento pressoché alla totalità delle imprese operanti nel settore (imprese italiane ed estere, operanti in regime di stabilimento e in libera prestazione di servizi).

Volume dei premi

Il volume dei premi del portafoglio diretto italiano per l'esercizio 2016 è pari a 638,7 milioni di euro ripartiti al 67% tra le polizze stipulate dalle strutture sanitarie e al 33% quelle sottoscritte dal personale sanitario (tavola 1). Rispetto al 2015 i premi sono aumentati di oltre il 10%: vi ha contribuito essenzialmente l'incremento di oltre il 15% del volume premi relativo alle polizze delle strutture sanitarie, mentre rimangono sostanzialmente stabili i premi relativi al personale sanitario (+2,4% rispetto al 2015). Sulla base della serie storica rilevata da IVASS, sembrerebbe che a questo incremento dei premi sia corrisposta nel 2016 una diminuzione del numero di assicurati che, a meno di cambiamenti nella tipologia di rischi assicurati, implicherebbe una variazione positiva del costo della garanzia offerta.

Nel periodo 2010-2016 il volume dei premi per il totale della r.c. medica è diminuito complessivamente del 12%. In particolare i premi delle strutture sanitarie si sono ridotti di circa un quarto mentre quelli del personale sanitario si sono incrementati di oltre il 40%.

Tavola 1
Premi lordi contabilizzati -
Totale r.c. medica (*)
Importi in migliaia di euro

(*) Elaborazioni ANIA sui dati forniti dalle imprese a IVASS

Anno	Strutture sanitarie	Δ%	Personale sanitario	Δ%	Totale r.c. medica	Δ%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
2010	578.946		146.516		725.462	
2011	537.529	-7,2%	164.691	12,4%	702.220	-3,2%
2012	493.072	-8,3%	178.379	8,3%	671.451	-4,4%
2013	397.585	-19,4%	194.328	8,9%	591.913	-11,8%
2014	361.639	-9,0%	189.703	-2,4%	551.342	-6,9%
2015	372.800	3,1%	203.000	7,0%	575.800	4,4%
2016	430.747	15,5%	207.904	2,4%	638.651	10,9%

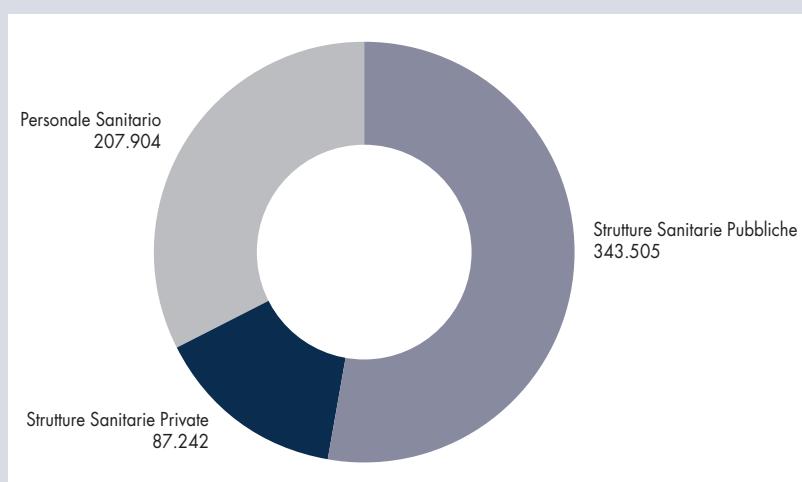
Nell'ultimo anno disponibile (2016) il volume dei premi delle strutture sanitarie pubbliche ammontava a 343,5 milioni di euro (pari al 54% del totale premi raccolti nel settore) mentre quello relativo alle strutture sanitarie private era poco più di 87 milioni (pari al 14%). I premi relativi alla copertura del personale sanitario totalizzavano invece quasi 208 milioni di euro, pari a un terzo del totale dei premi raccolti nell'anno (figura 1).

(¹) – R.C. strutture sanitarie: nella rilevazione IVASS rientrano in questa categoria tutte le polizze che coprono la responsabilità civile medica della struttura sanitaria, sia essa pubblica che privata senza esclusioni. Nella rilevazione ANIA venivano invece escluse dalla rilevazione le strutture quali case di riposo, laboratori di analisi, centri diagnostici, università.

– R.C. personale sanitario: nella rilevazione IVASS rientrano in questa categoria le polizze che coprono la responsabilità civile professionale di tutte le figure che operano in ambito sanitario mentre la rilevazione ANIA era limitata ai soli professionisti medici.

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

Figura 1
R.C. Medica - Premi contabilizzati Anno 2016
 Importi in migliaia di euro



Numero dei sinistri denunciati e loro costo medio

Il numero di sinistri denunciati alle imprese di assicurazione (tavola 2) nel 2016 è risultato pari a 14.803, di cui 6.884 relativi a polizze stipulate dalle strutture sanitarie e 7.919 relativi al personale sanitario. Il totale del numero dei sinistri ha registrato una riduzione del 21,2% rispetto al 2015; i sinistri relativi alle strutture sanitarie si sono ridotti di quasi un terzo, mentre quelli relativi alle polizze dei professionisti di circa il 13%. Per comprendere meglio l'andamento della sinistrosità sarebbe più opportuno trovare una misura che esprima la frequenza di accadimento (denuncia) dei danni, rapportando il numero di sinistri a una misura di esposizione, ma al momento questo indicatore non può essere calcolato.

Tavola 2
Numero dei sinistri denunciati (*)

(*) Elaborazioni ANIA sui dati forniti dalle imprese a IVASS

Anno di denuncia	Strutture sanitarie	Δ%	Personale sanitario	Δ%	Totale r.c. medica	Δ%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
2010	21.425		8.983		30.408	
2011	19.011	-11,3%	9.868	9,9%	28.879	-5,0%
2012	15.599	-17,9%	10.897	10,4%	26.496	-8,3%
2013	12.991	-16,7%	11.294	3,6%	24.285	-8,3%
2014	10.828	-16,7%	10.060	-10,9%	20.888	-14,0%
2015	9.707	-10,4%	9.088	-9,7%	18.795	-10,0%
2016	6.884	-29,1%	7.919	-12,9%	14.803	-21,2%

La tavola 3 riporta invece per ciascun anno di denuncia, la situazione al 31 dicembre 2016, del numero dei sinistri che la compagnia chiude senza effettuare nessun pagamento (c.d. sinistri senza seguito). Se si esaminano le generazioni più mature (dal 2010 al 2013), mediamente oltre la metà dei sinistri denunciati alle compagnie, per il totale della r.c. medica, viene chiuso senza seguito. Se nel 2010 e nel 2011 tale percentuale è molto simile per le strutture sanitarie e il personale sanitario, dal 2012 al 2014 l'incidenza dei sinistri senza seguito sembra essere più elevata per il personale sanitario, mentre dal 2015 si osserva di nuovo un'inversione. Questo potrebbe essere causato dal fatto che per le strutture sanitarie, dove il fenomeno di duplicazione di denunce per lo stesso sinistro è più frequente, è più alta

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

l'incidenza dei sinistri senza seguito per le generazioni recenti, in quanto alcune posizioni sono subito chiuse senza seguito dalla compagnia perché riconducibili a un unico sinistro per l'impresa assicurativa. Successivamente, soprattutto per questa tipologia di sinistri, occorrono tempi lunghi per definire e arrivare a una liquidazione del danno e spesso occorrono articolati procedimenti giudiziari.

Tavola 3 – Numero dei sinistri denunciati senza seguito

Anno di denuncia	Numero dei sinistri senza seguito - strutture sanitarie	Incidenza % dei sinistri senza seguito sul totale sinistri - strutture sanitarie	Numero dei sinistri senza seguito - personale sanitario	Incidenza % dei sinistri senza seguito sul totale sinistri - personale sanitario	Numero dei sinistri senza seguito - totale r.c. medica	Incidenza % dei sinistri senza seguito sul totale sinistri r.c. medica
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
2010	11.479	53,6%	4.840	53,9%	16.319	53,7%
2011	10.713	56,4%	5.585	56,6%	16.299	56,4%
2012	8.264	53,0%	6.872	63,1%	15.135	57,1%
2013	6.979	53,7%	6.403	56,7%	13.382	55,1%
2014	4.716	43,6%	4.900	48,7%	9.616	46,0%
2015	3.448	35,5%	1.933	21,3%	5.381	28,6%
2016	1.346	19,6%	787	9,9%	2.133	14,4%

La tavola 4 riporta per i due settori della r.c. medica (strutture sanitarie e personale sanitario) la percentuale dei numeri e degli importi liquidati e riservati rispetto al valore complessivo dei sinistri per anno di protocollazione, cioè per ciascun anno di presa in carico della denuncia da parte dell'assicuratore.

Tavola 4 – Incidenza % del numero e dell'importo dei sinistri protocollati al 31/12/2016

Anno	Strutture Sanitarie		Personale Sanitario		TOTALE R.C. Medica	
	% Numero dei sinistri Liquidati	% Numero dei sinistri Riservati	% Numero dei sinistri Liquidati	% Numero dei sinistri Riservati	% Numero dei sinistri Liquidati	% Numero dei sinistri Riservati
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
2010	73,9%	26,1%	68,9%	31,1%	72,4%	27,6%
2011	64,5%	35,5%	57,6%	42,4%	62,2%	37,8%
2012	56,6%	43,4%	48,2%	51,8%	53,6%	46,4%
2013	42,4%	57,6%	39,6%	60,4%	41,1%	58,9%
2014	33,6%	66,4%	24,1%	75,9%	29,2%	70,8%
2015	26,6%	73,4%	14,1%	85,9%	19,9%	80,1%
2016	6,0%	94,0%	4,8%	95,2%	5,3%	94,7%

Anno	Strutture Sanitarie		Personale Sanitario		TOTALE R.C. Medica	
	% Importo dei sinistri Liquidati	% Importo dei sinistri Riservati	% Importo dei sinistri Liquidati	% Importo dei sinistri Riservati	% Importo dei sinistri Liquidati	% Importo dei sinistri Riservati
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
2010	72,0%	28,0%	51,9%	48,1%	68,3%	31,7%
2011	61,5%	38,5%	39,6%	60,4%	56,6%	43,4%
2012	48,6%	51,4%	30,9%	69,1%	44,3%	55,7%
2013	40,0%	60,0%	23,4%	76,6%	35,4%	64,6%
2014	21,8%	78,2%	14,3%	85,7%	19,8%	80,2%
2015	9,0%	91,0%	9,3%	90,7%	9,1%	90,9%
2016	0,8%	99,2%	2,7%	97,3%	1,2%	98,8%

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

Le percentuali relative ai sinistri liquidati (numeri e importi) sono relativamente basse per le generazioni più recenti di sinistri in quanto è generalmente incerta sia l'effettiva responsabilità dell'assicurato sia l'entità del danno. Le percentuali crescono al crescere dell'anzianità della generazione dei sinistri: a sette anni dalla denuncia devono ancora essere definiti, per il totale del settore, circa il 28% dei sinistri per un importo a riserva pari al 32% del costo totale della generazione.

La tavola 5 riporta, sempre per i due settori e per ciascuna generazione di sinistri, il costo medio dei sinistri (pagati e riservati) al 31 dicembre 2016. Occorre sottolineare che, per i diversi anni di denuncia, man mano che la percentuale di sinistri liquidati aumenta e, quindi, man mano che le informazioni si consolidano, l'ammontare di tali importi varia nel tempo. Accade infatti che, a causa della complessità della valutazione delle menomazioni fisiche e della frequente insufficienza di informazioni disponibili subito dopo il verificarsi dell'incidente, la valutazione del sinistro da parte delle compagnie sia in molti casi sottostimata. A ciò si aggiunga l'incertezza nella quantificazione del danno legata alla frequente evoluzione degli orientamenti giurisprudenziali in materia di entità del danno da risarcire. Se ci si limita a osservare le generazioni più sviluppate (quelle per cui il numero di sinistri definiti e liquidati è maggiore) mediamente il costo dei sinistri per le strutture sanitarie è di quasi 70.000 euro, pari a circa il doppio rispetto al personale sanitario (circa 40.000 euro).

Tavola 5

Costo medio dei sinistri al 31/12/2016 - Totale r.c. medica
Importi in euro

	Anno di denuncia	Strutture Sanitarie	Personale Sanitario	TOTALE R.C. Medica
	(1)	(2)	(3)	(4)
	2010	69.378	38.107	60.184
	2011	72.391	40.279	61.459
	2012	70.573	41.674	60.334
	2013	93.408	44.448	71.445
	2014	80.192	32.891	58.538
	2015	79.291	22.449	48.970
	2016	92.127	18.777	50.840

Stima dei rapporti sinistri a premi ("S/P")

Sono gli elevati costi dei risarcimenti, congiuntamente a un numero consistente di denunce che le imprese registrano di anno in anno, a determinare risultati particolarmente negativi per i conti tecnici del settore e, quindi, valori elevati del rapporto sinistri a premi. Anche in questo caso, per una corretta valutazione dell'andamento del business assicurativo oggetto di questa analisi, occorrerebbe osservare lo sviluppo del rapporto sinistri a premi nei diversi anni. Al momento si dispone unicamente dell'osservazione al 31 dicembre 2016.

Nella tavola 6 sono riportati i rapporti sinistri a premi per il totale della r.c. medica e distintamente per le strutture sanitarie e il personale sanitario, per le varie generazioni di sinistri analizzate.

Al 31 dicembre del 2016 il rapporto medio dei sinistri a premi del totale settore per le varie generazioni è risultato sempre superiore al 100% (nel 2013 si è osservato il massimo pari al 132%). Se si analizzano tuttavia gli indicatori tecnici separatamente per i due settori è possibile osservare che sono le coperture delle strutture sanitarie a presentare i valori più elevati e a influenzare quindi l'andamento complessivo del settore. Soprattutto per gli anni più

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

Tavola 6
Rapporto
“Sinistri/Premi”
al 31/12/2016 -
Totale r.c. medica

Anno di denuncia	Strutture Sanitarie	Personale Sanitario	TOTALE R.C. Medica
(1)	(2)	(3)	(4)
2010	119%	108%	117%
2011	112%	105%	110%
2012	105%	94%	102%
2013	141%	112%	132%
2014	136%	89%	120%
2015	133%	79%	114%
2016	118%	64%	101%

recenti (dal 2013 al 2015) il rapporto sinistri a premi è pari in media al 140%. Per le coperture del personale sanitario si osserva invece un miglioramento dell'indicatore a partire dalla generazione del 2014 con valori al di sotto del 100%. Tuttavia queste generazioni presentano meno del 30% dei sinistri definiti e potrebbe essere relativamente troppo presto per rilevare l'effettivo rapporto sinistri a premi.

R.C. SANITARIA – DDL GELLI

Nella Gazzetta Ufficiale 17 marzo 2017, n. 64 s.g., è stata pubblicata la legge 8 marzo 2017, n. 24, recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”. Il provvedimento apporta novità che mirano a determinare modelli gestionali più moderni ed efficaci e a riequilibrare il sistema della copertura della responsabilità nell’ambito della professione sanitaria, riducendo i costi e salvaguardando la tutela della salute del cittadino, sebbene l'accoglimento di alcune proposte formulate dell'Associazione nell'ambito dell'iter parlamentare avrebbe potuto ulteriormente migliorarne l'efficacia.

Le principali innovazioni di interesse per il settore assicurativo, di seguito commentate, sono riportate negli artt. 7, 9, 10, 11, 12 e 14.

L'art. 7 disciplina la responsabilità della struttura sanitaria e quella degli esercenti la professione sanitaria. Per quanto riguarda le strutture sanitarie pubbliche o private, la norma prevede che rispondano, a titolo di responsabilità civile contrattuale, dell'operato degli esercenti la professione sanitaria di cui si avvalgano, siano o meno dipendenti e anche se scelti dal paziente. Tale disposizione si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria o nell'ambito delle attività di sperimentazione e ricerca clinica nonché alle prestazioni in regime di convenzione o attraverso la telemedicina. Per quanto riguarda, invece, gli esercenti le professioni sanitarie, la norma prevede che questi rispondano a titolo di responsabilità extracontrattuale, salvo che abbiano agito nell'adempimento di un contratto assunto con il paziente.

ANIA ritiene che la possibilità di avvalersi del particolare onere probatorio derivante da una responsabilità extracontrattuale potrebbe condurre gli esercenti la professione sanitaria a evi-

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

tare o comunque a contenere fortemente le prescrizioni finalizzate a meri scopi difensivi. Rilevante inoltre, tra le modifiche apportate al provvedimento durante l'iter al Senato, è l'estensione dell'applicabilità delle tabelle di cui agli artt. 138 e 139 del Codice delle assicurazioni private non solo ai risarcimenti per danni prodotti da professionisti sanitari, come già previsto dalla legge Balduzzi, ma anche ai sinistri per il risarcimento del danno conseguente all'attività della struttura sanitaria.

In questo modo, si potrà dare certezza alla determinazione del valore economico dei danni correlati ai casi di malpractice, azzerando possibili ingiustizie e discriminazioni territoriali e riducendo al minimo la soggettività delle valutazioni (siano esse di giudici, compagnie, avvocati e altri attori in caso di transazione stragiudiziale). L'introduzione di tabelle che uniformano i risarcimenti sarà auspicabilmente un valido strumento per riportare il sistema in equilibrio, favorendo una maggiore affidabilità nella liquidazione dei danni e conferendo maggiore certezza all'importo dei risarcimenti attesi.

L'art. 9 disciplina l'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria, nel settore pubblico e nel settore privato. L'azione può essere esercitata solo in caso di dolo e colpa grave, limite che vale tanto per l'azienda che agisca in rivalsa quanto per l'assicuratore che si sia surrogato ai sensi dell'art. 1916, primo comma, del codice civile. Vi sono poi altri limiti all'esercizio dell'azione, di natura temporale e quantitativi. Se l'esercente la professione sanitaria non è parte del giudizio o della procedura stragiudiziale di risarcimento del danno, l'azione nei suoi confronti deve essere esercitata, a pena di decadenza, entro un anno dall'avvenuto pagamento al danneggiato, su titolo sia giudiziale sia stragiudiziale. Dal punto di vista quantitativo, la misura della rivalsa non potrà superare, in caso di colpa grave, il triplo della retribuzione annua lorda dell'esercente la professione sanitaria. Tali limiti della misura della rivalsa non si applicano agli esercenti la professione sanitaria che svolgono l'attività al di fuori delle strutture sanitarie o prestano l'attività all'interno delle strutture ma in regime libero professionale o che si avvalgono della stessa nell'adempimento dell'obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

Occorre precisare inoltre che il testo riconsegna alla giurisdizione esclusiva della Corte dei Conti l'azione di responsabilità erariale per dolo o colpa grave contro l'esercente la professione sanitaria dipendente della struttura pubblica. L'art. 10 prevede che tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private, debbano avere una copertura assicurativa o analoghe misure (c.d. autoassicurazione) per la responsabilità civile verso terzi, anche per i danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso la struttura. Le strutture devono quindi provvedere, tramite polizza o altre analoghe misure, a coprire anche la responsabilità civile degli esercenti la professione sanitaria (dipendenti e non dipendenti), salvo l'azione di rivalsa.

Viene inoltre prescritto:

- che gli esercenti la professione sanitaria, che svolgono l'attività al di fuori delle strutture sanitarie o prestano l'attività all'interno delle strutture ma in regime libero professionale o che si avvalgono della stessa nell'adempimento dell'obbligazione contrattuale assunta con il paziente, debbano dotarsi di una loro copertura assicurativa;
- che gli esercenti la professione sanitaria operanti a qualunque titolo in strutture sanitarie pubbliche o private debbano provvedere alla stipula di una polizza di responsabilità civile per colpa grave, con oneri a proprio carico.

L'obbligo di assicurarsi per le strutture sanitarie e per gli esercenti la professione sanitaria implica sicuramente una maggiore protezione per tutti i soggetti del Sistema Sanitario. Di contro, relativamente alla possibilità concessa alle strutture sanitarie di autoassicurarsi, osser-

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

viamo che affinché il provvedimento risulti coerente con gli obiettivi di tutela dei diritti del cittadino sarebbe necessario che le strutture sanitarie applicassero a tal fine criteri tecnico-attuariali analoghi a quelli previsti per le imprese di assicurazione.

Si segnala inoltre che l'art. 10 prevede l'emanazione, entro 120 giorni dall'entrata in vigore della legge, di un decreto che determini i requisiti minimi delle polizze per le strutture sanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie, prevedendo l'individuazione di classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati. Il decreto sarà di competenza del MISE, di concerto con i Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni, sentite ANIA, Associazioni rappresentative delle strutture private, Federazione medici e odontoiatri, Federazioni collegi e ordini professioni sanitarie, organizzazioni sindacali delle categorie interessate e associazioni di tutela dei pazienti.

Il medesimo decreto dovrà stabilire anche i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure alternative all'assicurazione e le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro di un'impresa di assicurazione, nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati.

L'art. 11 disciplina l'estensione della garanzia assicurativa, prevedendo una copertura retroattiva di 10 anni e una copertura postuma di 10 anni in caso di cessazione di attività riferita a fatti verificatisi nel periodo di efficacia della polizza incluso il periodo di retroattività. La disposizione prevede che gli eventi debbano essere accaduti nei 10 anni precedenti la conclusione del contratto ma denunciati all'impresa durante la vigenza della polizza.

L'art. 12 prescrive il diritto del danneggiato di agire direttamente nei confronti dell'impresa di assicurazione della struttura sanitaria e di quella dell'esercente la professione sanitaria, struttura ed esercente che saranno anche litisconsorti necessari nelle relative vertenze, cioè che dovranno essere presenti in giudizio con le rispettive imprese assicurative. L'impresa assicurativa non potrà opporre al danneggiato eccezioni derivanti dal contratto diverse da quelle che saranno stabilite nel decreto ministeriale che fissa i requisiti minimi di polizza e avrà diritto di rivalsa verso l'assicurato nel rispetto dei suddetti requisiti minimi.

Tali previsioni si applicheranno a decorrere dalla data di entrata in vigore del predetto decreto. Precisiamo che nel corso dell'iter parlamentare ANIA ha più volte segnalato come l'azione diretta contro soggetti, come le compagnie di assicurazione, sicuramente solvibili, avrebbe potuto rafforzare l'aspettativa di poter ottenere dei vantaggi economici anche quando essi siano fondati su presupposti deboli, aumentando così decisamente la litigiosità e il contenzioso giurisdizionale. D'altra parte, è da accogliere con soddisfazione la previsione che l'azione diretta trovi comunque dei limiti negli impegni contrattuali che verranno stabiliti dal decreto ministeriale.

L'art. 14 prevede l'istituzione di un Fondo di Garanzia che risarcisca i danni cagionati da responsabilità sanitaria:

- a) qualora il danno sia di importo eccedente il massimale previsto nella polizza della struttura o dell'esercente la professione sanitaria;
- b) qualora l'impresa di assicurazione al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o in liquidazione coatta o vi venga posta successivamente;
- c) qualora la struttura o l'esercente la professione sanitaria siano sprovvisti di copertura assicurativa per recesso unilaterale della compagnia di assicurazione ovvero per sopravvenuta inesistenza o cancellazione dall'albo della compagnia.

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

Il Fondo sarà alimentato dal versamento di un contributo annuale dovuto dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria. La gestione delle risorse del Fondo di Garanzia è affidata dal Ministero della Salute, con apposita convenzione, alla CONSAP S.p.a.. Viene quindi prescritto che con regolamento adottato entro 120 giorni dall'entrata in vigore della legge con decreto del Ministero della Salute di concerto con MISE e MEF, sentite la Conferenza Stato Regioni e le rappresentanze delle imprese assicurative, vengano definite la misura e le modalità di versamento del contributo delle imprese di assicurazione, nonché i principi a cui dovrà uniformarsi la convenzione Ministero della Salute/Consap e le modalità di intervento, funzionamento e regresso del Fondo nei confronti del responsabile del sinistro.

Secondo la disposizione, infine, il decreto di cui all'art. 10, che stabilirà i requisiti minimi di polizza, dovrà prevedere che il massimale minimo sia rideterminato in relazione all'andamento del Fondo per l'ipotesi di intervento di cui alla lettera a) sopra indicata. In merito al Fondo di Garanzia, è evidente come sarebbe stata auspicabile la creazione di un unico Fondo comprensivo di quello di cui alla Legge Baldazzi e di quello di cui alla legge in esame anziché la coesistenza di due fondi distinti. Inoltre, appare controversa l'ipotesi di intervento del nuovo Fondo qualora il danno sia di importo eccedente i massimali delle singole polizze. La misura comporta infatti un evidente elemento di inefficienza, in quanto può indurre la maggior parte delle strutture e dei medici ad assicurarsi per il massimale minimo di legge, confidando che il Fondo garantisca comunque la copertura per l'eccedenza al minimo.

LE GARANZIE OFFERTE NEI RAMI INFORTUNI E MALATTIA

L'Associazione, sulla base della statistica semestrale dei rami infortuni e malattia, è in grado di fornire la ripartizione dei premi dei due rami tra polizze individuali e collettive oltre che la loro ripartizione secondo le principali tipologie di coperture assicurative offerte.

La raccolta totale dei premi contabilizzati nell'intero anno 2016 è stata ottenuta sulla base di un campione di imprese rappresentativo di oltre l'80% del mercato sia per il ramo infortuni sia per il ramo malattia ed è stata poi fatta una stima per riportare al 100% il volume premi già disponibile in ANIA sulla base delle anticipazioni ufficiali dei bilanci delle imprese. La ripartizione dei premi contabilizzati tra polizze individuali e collettive e tra le diverse garanzie offerte è invece ottenuta unicamente dai dati del campione delle imprese partecipanti, con informazioni a volte parziali per singola impresa; trattandosi pertanto di una rilevazione campionaria è possibile che i valori effettivi di mercato possano differire parzialmente da quelli di seguito riportati.

Ramo Infortuni

Nel 2016 i premi contabilizzati (polizze individuali e collettive) relativi al **ramo infortuni** sono stati pari a 3,4 miliardi, in lieve aumento (+0,8%) rispetto all'anno precedente (nel 2015 la crescita era stata +0,4%) (tavola 1). Si stima che i premi di nuova produzione sottoscritti nel corso dell'anno abbiano rappresentato il 18% del totale, due punti percentuali in più rispetto all'incidenza osservata nel 2015, a fronte di un ammontare pari a 618 milioni (+14,5% rispetto al 2015).

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

All'incremento dei premi contabilizzati ha contribuito principalmente la garanzia invalidità permanente (totale o parziale), pari al 36% dei premi contabilizzati, per un importo di 1,2 miliardi e in aumento del 5,0% rispetto al 2015 (+34,2% da nuova produzione), nonché quella relativa all'infortunio del conducente ⁽¹⁾, che registra un incremento dell'1,4% rispetto al 2015 (oltre il 20% derivante da nuovi affari), raggiungendo 728 milioni (il 21% del totale premi, stessa quota del 2015). Di trend opposto è risultato invece l'andamento della raccolta dei premi contabilizzati relativi alla garanzia morte e inabilità temporanea; nel dettaglio, la prima ha registrato un calo del 5,3% rispetto al 2015 (in lieve calo anche il *new business*), a fronte di un volume di 595 milioni (il 17% dell'intero portafoglio), mentre la seconda, con un ammontare pari all'8% del totale premi (278 milioni), ha osservato un decremento del 10,9% (nonostante l'incremento dei nuovi affari).

Tavola 1 – Distribuzione % dei premi per principali garanzie assicurative

Importi in migliaia di euro

Garanzie assicurative	Premi Contabilizzati					di cui: Premi Nuova Produzione					% Nuova Prod. su Contab.	
	2015		2016			2015		2016				
	Premi	Distrib.	Premi	Distrib.	Var. annua	Premi	Distrib.	Premi	Distrib.	Var. annua	2015	2016
INFORTUNI												
Morte	628.386	19%	594.780	17%	-5,3%	97.143	18%	96.341	16%	-0,8%	15%	16%
Invalidità permanente	1.187.466	35%	1.247.254	36%	5,0%	154.012	29%	206.732	33%	34,2%	13%	17%
Inabilità temporanea	312.227	9%	278.341	8%	-10,9%	52.561	10%	56.400	9%	7,3%	17%	20%
Infortunio del conducente	717.910	21%	728.003	21%	1,4%	128.228	24%	155.266	25%	21,1%	18%	21%
Altro (*)	547.887	16%	571.295	17%	4,3%	107.988	20%	103.440	17%	-4,2%	20%	18%
Totali	3.393.877	100%	3.419.673	100%	0,8%	539.931	100%	618.180	100%	14,5%	16%	18%

(*) Nella voce Altro sono incluse anche altre garanzie come l'indennità di ricovero, il rimborso delle spese per la cura e la riabilitazione rese necessarie a seguito dell'infortunio, nonché ulteriori altre garanzie che non rientrano in quelle indicate o che le imprese non riescono a distinguere

Relativamente ai soli premi contabilizzati, nell'anno 2016 la percentuale dei premi Infortuni relativi a polizze individuali è stata pari al 66% del totale ramo, un punto percentuale in più rispetto a quello del 2015 (figura 1.a); circa un terzo dei premi contabilizzati nel 2016 è, conseguentemente, afferente alle polizze collettive.

In merito alla distribuzione dei premi distinti per le principali garanzie assicurative, si registrano alcune differenze tra le polizze individuali e quelle collettive (figura 1.b). Mentre quasi un terzo dei premi contabilizzati delle polizze individuali si concentra nella copertura infortunio del conducente, vi è una scarsa penetrazione di tale garanzia per le polizze collettive (appena il 3%) per le quali, invece, vi è una maggiore diffusione nella copertura di tutti gli altri rischi.

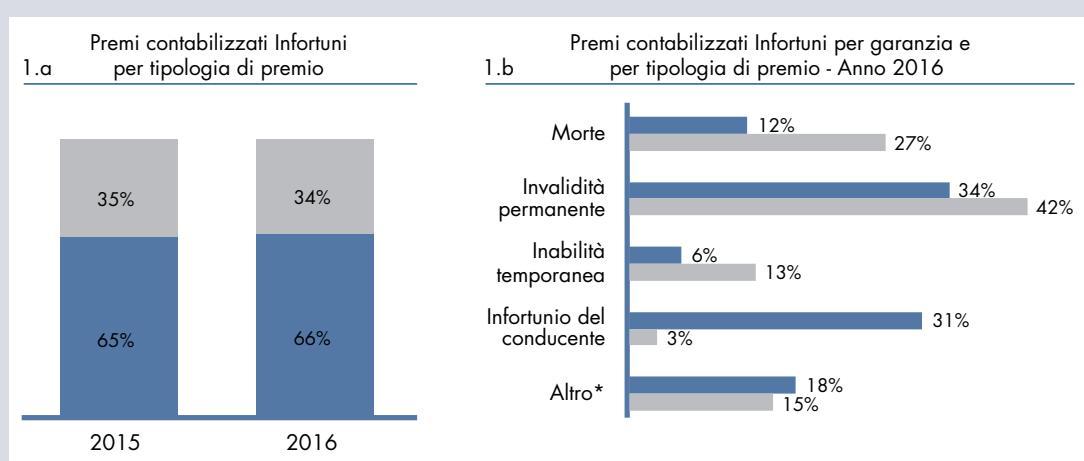
Per quanto riguarda il settore delle **polizze individuali** (in cui si copre una sola persona o un nucleo familiare), si stima che nel 2016 i premi contabilizzati siano stati pari a 2,3 miliardi, in aumento del 2,6% rispetto all'anno precedente. Le due garanzie assicurative che raccolgono circa i due terzi dei premi contabilizzati sono l'invalidità permanente (totale

⁽¹⁾ Prevede il riconoscimento di un indennizzo del conducente non responsabile in incidente stradale, che ne abbia causato la morte, l'invalidità permanente o l'inabilità temporanea.

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

Figura 1
Scomposizione % dei premi Infortuni tra polizze individuali e collettive

■ Polizze individuali
 ■ Polizze collettive



o parziale) e l'infortunio del conducente. Nel dettaglio, nell'intero anno 2016 la copertura per l'invalidità permanente ha rappresentato il 34% dei premi (33% nel 2015), la quota più alta tra tutte le garanzie, mentre la garanzia infortunio del conducente è risultata pari al 31% del totale premi, valore stazionario rispetto al 2015. I premi contabilizzati afferenti alla copertura del rischio morte hanno raggiunto una quota mercato pari al 12%, il doppio rispetto a quella dei premi relativi alla copertura per inabilità temporanea. La categoria "altro" (che comprende l'indennità di ricovero, il rimborso delle spese per la cura e la riabilitazione a seguito di infortunio, nonché ulteriori garanzie che non rientrano in quelle indicate o che le imprese non distinguono) rappresenta la parte rimanente dei premi contabilizzati (il 18%).

In merito alle **polizze collettive** (in cui si copre una pluralità di persone e il contraente stipula l'assicurazione in nome e per conto altrui), nel 2016 l'ammontare del volume premi è stimato pari a 1,2 miliardi, in calo del 2,7% rispetto all'anno precedente. In particolare risulta che nel 2016 il 42% dei premi contabilizzati sia rivolto alla copertura del rischio invalidità permanente, quattro punti percentuali in più rispetto al 2015. La seconda garanzia più diffusa, in termini di volume premi, è stata quella relativa alla copertura del rischio morte che nel 2016 raggiunge una quota mercato pari al 27%, un punto percentuale in meno rispetto al 2015, ma 15 punti in più rispetto alle polizze individuali. La raccolta premi afferente al rischio inabilità temporanea ha registrato un'incidenza sul totale premi del 13%, dal 16% del 2015, mentre stazionaria al 3% è risultata la quota delle polizze collettive relative alla copertura dell'infortunio del conducente. I premi afferenti alla categoria "altro" hanno un'incidenza sul totale premi pari al 15% nel 2016, in linea con l'anno precedente ma anche con la quota riscontrata, per la stessa categoria, nelle polizze individuali.

Ramo Malattia

I premi contabilizzati (polizze individuali e collettive) afferenti al **ramo malattia** sono stati nel 2016 pari a 2,5 miliardi, di cui 407 milioni di nuova produzione (il 16% del totale), in crescita dell'8,3% rispetto al 2015 (il *new business* è aumentato invece del 16,7%) (tavola 2). La garanzia rimborso spese mediche ⁽²⁾ rappresenta oltre i tre quarti della raccolta premi,

⁽²⁾ Prevede il rimborso delle spese sostenute dall'assicurato pre e post ricovero in istituto di cura a seguito di malattia o parto, nonché il rimborso per intervento chirurgico.

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

per un importo pari a 1,9 miliardi (di cui il 10% afferente a nuovi affari), in aumento del 5,4% rispetto al 2015. Positivo anche l'andamento del volume premi relativo alla garanzia invalidità permanente, pari a 273 milioni (l'11% del totale premi), di cui circa il 60% derivante da nuove polizze sottoscritte nell'anno, e in aumento del 50,1% rispetto al 2015. I premi afferenti alla garanzia diaria⁽³⁾ sono ammontati a 174 milioni, il 7% del totale (come nel 2015), in lieve aumento dell'1,9% rispetto all'anno precedente, nonostante il calo registrato dalla nuova produzione. Stazionaria all'1% la quota dei premi relativi alla garanzia Long Term Care⁽⁴⁾, per un importo di quasi 30 milioni, di cui il 37% afferente a polizze di nuovi affari, e in aumento del 4,9% rispetto al 2015.

Tavola 2 – Distribuzione % dei premi per principali garanzie assicurative

Importi in migliaia di euro

Garanzie assicurative	Premi Contabilizzati					di cui: Premi Nuova Produzione					% Nuova Prod. su Contab.	
	2015		2016			2015		2016			2015	2016
	Premi	Distrib.	Premi	Distrib.	Var. annua	Premi	Distrib.	Premi	Distrib.	Var. annua		
MALATTIA												
Rimborso spese mediche	1.789.966	78%	1.885.778	76%	5,4%	215.805	62%	182.107	45%	-15,6%	12%	10%
Invalidità permanente	181.609	8%	272.627	11%	50,1%	67.683	19%	161.414	40%	138,5%	37%	59%
Diaria	170.550	7%	173.850	7%	1,9%	23.254	7%	18.623	5%	-19,9%	14%	11%
Long term care	27.544	1%	28.891	1%	4,9%	6.068	2%	3.093	1%	-49,0%	22%	11%
Altro (*)	114.088	5%	112.435	5%	-1,4%	35.926	10%	41.773	10%	16,3%	31%	37%
Totale	2.283.757	100%	2.473.581	100%	8,3%	348.736	100%	407.011	100%	16,7%	15%	16%

(*) Nella voce Altro sono incluse porzioni di premi attinenti a coperture di rischio che non rientrano in quelle già indicate (come ad esempio l'inabilità temporanea presente nelle polizze di alcune compagnie) o che non possono essere altrimenti allocate per mancanza di informazioni

Relativamente ai soli premi contabilizzati, nel ramo malattia si registra invece una forte presenza di polizze collettive, pari al 76% della raccolta totale premi nell'intero anno 2016 (figura 2.a), in aumento di tre punti percentuali rispetto all'anno precedente. Cala conseguentemente il peso delle polizze individuali, dal 27% nel 2015 al 24%. In merito alla distribuzione dei premi malattia distinti per le principali garanzie assicurative offerte dal mercato, si registra, al contrario di quanto osservato per il ramo infortuni, una minore eterogeneità di offerta fra le polizze individuali e quelle collettive (figura 2.b), con la garanzia rimborso spese mediche che risulta ampiamente la più diffusa.

Per quanto riguarda il settore delle **polizze individuali**, si stima che nel 2016 la raccolta dei premi contabilizzati sia stata pari a 593 milioni, in calo del 4,5% rispetto all'anno precedente, quando si registrava un ulteriore decremento del 20,5%, principalmente a causa delle garanzie rimborso spese mediche e diaria. Nel dettaglio, il rimborso spese mediche mostra, anche nel 2016, la sua forte predominanza sul totale premi individuali, pari al 64% (63% nel 2015), mentre la garanzia diaria, con il 14% del totale premi, registra un calo di un punto percentuale rispetto al 2015. La copertura del rischio per invalidità permanente si attesta all'11% (10% nel 2015), mentre la garanzia che copre il rischio di malattia Long Term Care continua, anche nel 2016, a essere poco significativa (in quanto realizzata più frequentemente

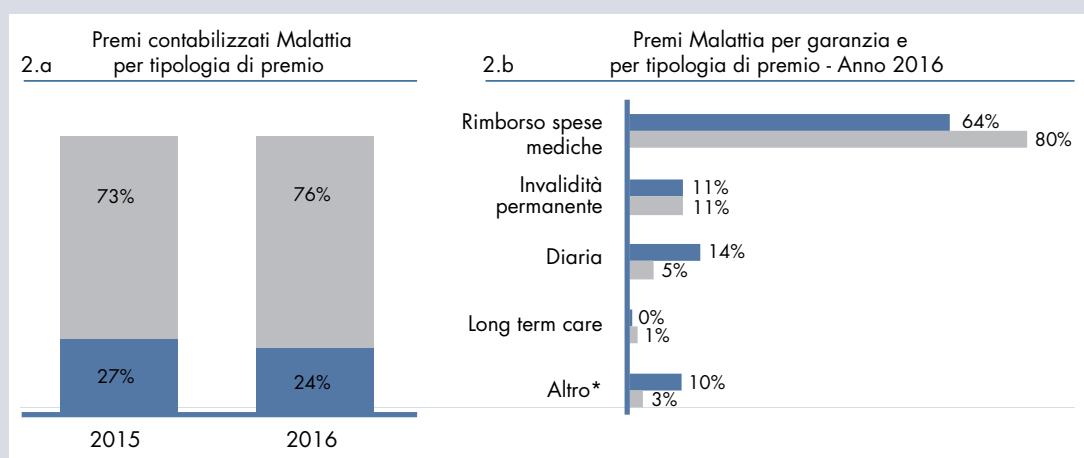
⁽³⁾ Prevede un'indennità giornaliera in caso di ricovero in istituto di cura conseguente a malattia.

⁽⁴⁾ Prevede un risarcimento o assistenza in istituti a seguito di un'effettiva richiesta di assistenza LTC per la mancanza di autosufficienza nello svolgere determinate attività elementari.

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

Figura 2
Scomposizione % dei premi Malattia tra polizze individuali e collettive

■ Polizze individuali
 ■ Polizze collettive



mediante la garanzia vita). La categoria “altro”, che include porzioni di premi afferenti a coperture di rischio che non rientrano in quelle già indicate (come ad esempio l’inabilità temporanea presente nelle polizze di alcune compagnie) o che non possono essere altrimenti allocati per mancanza di informazioni, incide per il 10% dei premi contabilizzati.

Relativamente al settore delle **polizze collettive**, nel 2016 si stima un volume premi di 1,9 miliardi, registrando un incremento del 13,1% rispetto all’anno precedente, quando l’incremento annuo osservato era del 14,4%. Per questa tipologia di polizze, l’incidenza della garanzia rimborso spese mediche risulta ancora più elevata rispetto alle polizze individuali (vi contribuisce significativamente la copertura offerta da casse sanitarie privatistiche o da aziende in favore dei propri dipendenti); nel dettaglio, tale garanzia ha raggiunto nel 2016 l’80% del totale premi collettivi, quattro punti percentuali in meno rispetto all’incidenza stimata nel 2015, nonostante l’aumento annuo dei premi relativi a tale garanzia. La seconda garanzia maggiormente diffusa per le polizze collettive è stata l’invalidità permanente, che nel 2016 rappresenta l’11% del totale premi, dal 7% osservato nel 2015 (si osservi come la quota di mercato persa dalla prima garanzia si sia trasferita totalmente nella seconda). La garanzia diaria si è attestata al 5% dei premi, stazionaria rispetto al 2015, mentre la garanzia Long Term Care, seppur in misura minore rispetto alle polizze individuali, è risultata ancora scarsamente commercializzata, con una quota di mercato scesa all’1%. La categoria “altro” è risultata più contenuta rispetto alle polizze individuali e pari al 3% dei premi contabilizzati, incidenza stazionaria rispetto al 2015.

I RISULTATI DELLA STATISTICA INFORTUNI

Le polizze contro gli infortuni hanno l’obiettivo primario di indennizzare l’assicurato, o i suoi beneficiari, per le perdite economiche conseguenti a un’invalidità permanente, un’invalidità temporanea o un decesso. Sono considerate invece garanzie “accessorie” quelle che prevedono la copertura, ad esempio, del rimborso delle spese sanitarie sostenute dall’assicurato a seguito di infortunio. Al fine di poter disporre di statistiche sufficientemente ampie per l’analisi degli indicatori tecnici per questo ramo, ANIA dispone già da diversi anni di

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

una banca dati alimentata dalle imprese assicuratrici che rappresentano per l'ultima rilevazione circa i due terzi del mercato infortuni. Gli ultimi dati disponibili sono relativi al biennio 2013-2014 ma per completezza dell'analisi si riportano anche alcuni confronti con i dati relativi al biennio precedente 2011-2012.

Di seguito si analizzano gli infortuni connessi con la sola attività professionale o extra-professionale dell'assicurato, con un dettaglio delle seguenti garanzie: morte, invalidità permanente, inabilità temporanea e rimborso delle spese di cura. Tutti gli indennizzi (pagati e riservati) sono al lordo di qualsiasi forma di franchigia che può essere applicata da parte delle compagnie partecipanti alla statistica. Si evidenzia, comunque, che nella statistica associativa sono presenti anche i dati relativi agli infortuni del conducente conseguenti a incidentalità stradale, non oggetto di questa analisi.

Relativamente alla garanzia **morte** (tavola 1), nell'ultimo anno analizzato (2014), la frequenza sinistri è risultata in aumento ma con un valore medio nel biennio (2013-2014) pari a 0,012% in linea con quello registrato nei due anni ancora precedenti (0,013%). Tuttavia trattandosi di una copertura di eventi a frequenza sinistri molto bassa, è possibile che i risultati siano influenzati da particolari andamenti dell'incidentalità nonché da possibili cambiamenti nel mix di imprese costituenti il campione.

L'andamento crescente della frequenza sinistri dal 2013 al 2014, associata a un progressivo incremento del grado medio di danno (da 136,9% a 160,9%), ha determinato un aumento del tasso di premio puro da 0,13% nel 2013 a 0,24% nel 2014 tornando ai livelli del 2011 e del 2012.

Tavola 1
Infortuni Professionali ed Extra-professionali – Garanzia: morte

(*) Importi in euro

Anni	Freq. sinistri (%)	Costo medio sinistri (*)	Capitale medio esposto (*)	Grado medio di danno (%)	Tasso di premio puro (%)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)=(3)/(4)	(6)=(2)*(5)
2011	0,014	123.852	74.479	166,30	0,23
2012	0,012	131.921	76.741	171,90	0,21
2013	0,010	112.272	81.993	136,90	0,13
2014	0,015	134.137	83.349	160,90	0,24

Per quanto riguarda la garanzia **invalidità permanente** conseguente a infortunio (tavola 2), la frequenza sinistri è tornata ad aumentare nel 2014, attestandosi all'1,63%, dopo essere progressivamente diminuita nel triennio precedente.

Tavola 2 – Infortuni Professionali ed Extra-professionali – Garanzia: invalidità permanente

Anni	Freq. sinistri (%)	Costo medio sinistri (*)	Capitale medio esposto (*)	Grado medio di danno (%)	Tasso di premio puro (%)	% IP media
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)=(3)/(4)	(6)=(2)*(5)	(7)
2011	1,76	7.364	125.318	5,90	1,03	4,8
2012	1,59	7.256	126.317	5,70	0,92	4,9
2013	1,50	7.152	129.169	5,50	0,83	4,9
2014	1,63	7.693	129.337	5,90	0,97	5,1

(*) Importi in euro

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

Dal momento che il grado medio di danno è tornato ai livelli del 2011, anche il tasso di premio puro risulta in aumento, passando da 0,83% del 2013 a 0,97% del 2014.

La percentuale di menomazione fisica (espressa dal grado di invalidità permanente media) riconosciuta agli assicurati è aumentata nell'ultimo biennio, con il valore massimo di 5,1 punti percentuali registrato nel 2014.

Per l'**inabilità temporanea** conseguente a infortunio (tavola 3), il tasso di premio puro è diminuito leggermente nell'ultimo biennio, passando da 1,63% nel 2011 a 1,57% nel 2014 per effetto esclusivamente di una diminuzione del grado medio di danno. Nel dettaglio la frequenza sinistri è cresciuta dal 2011 (5,04%) al 2014 (5,63%) ma gli effetti di tale aumento sono stati annullati dal calo del grado medio di danno che raggiunge nel 2014 il suo valore minimo pari a 27,80% (era 32,30% nel 2011). Vi ha contribuito un progressivo aumento del capitale medio esposto (o diaria media esposta) pari nel 2011 a 37 euro e a 42 euro nel 2014 e un costo medio dei sinistri che nel quadriennio è risultato tendenzialmente in calo. Anche il numero di giorni medi d'inabilità accertati presenta un andamento decrescente nell'ultimo biennio; i giorni medi di inabilità temporanea erano pari a 38,9 nel 2011 e a 34,3 nel 2014.

Tavola 3 – Infortuni Professionali ed Extra-professionali – Garanzia: inabilità temporanea

Anni	Freq. sinistri (%)	Costo medio sinistri (*)	Diaria media esposta (*)	Grado medio di danno (%)	Tasso di premio puro (%)	Giorni IT medi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)=(3)/(4)	(6)=(2)*(5)	(7)
2011	5,04	1.204	37	32,30	1,63	38,9
2012	4,81	1.246	38	32,60	1,57	38,0
2013	5,54	1.180	41	28,70	1,59	34,9
2014	5,63	1.171	42	27,80	1,57	34,3

(*) Importi in euro

Per la garanzia **rimborso spese di cura** conseguente a infortunio (tavola 4), si registra un premio puro nel 2014 pari a poco meno di 22 euro, e i cui andamenti nel tempo sono stati variabili, ma comunque oscillanti intorno a questo valore, per effetto di cambiamenti di tendenza registrati sia nella frequenza sinistri sia nel relativo costo medio.

Tavola 4
Infortuni
Professionali ed
Extra-professionali –
Garanzia: rimborso
spese di cura

Anni	Freq. sinistri (%)	Costo medio sinistri (*)	Premio puro (%)
(1)	(2)	(3)	(4)=(2)*(3)
2011	1,62	1.133	18,4
2012	2,13	1.158	24,7
2013	1,96	1.039	20,3
2014	1,94	1.111	21,6

(*) Importi in euro

CATASTROFI NATURALI: GLI EVENTI DEL 2016 E UNA PRIMA STIMA DELL'ATTUALE ESPOSIZIONE DEL MERCATO ASSICURATIVO

Il 2016 è stato caratterizzato da 191 catastrofi naturali nel mondo, confermando l'andamento crescente registrato negli ultimi 50 anni. I danni economici registrati dalle catastrofi naturali nel 2016 sfiorano i 150 miliardi, principalmente derivanti da terremoti, cicloni tropicali e tempeste avvenuti in Giappone, in Cina, nel nord America e in Europa (l'evento più disastroso, in termini economici, è stato il terremoto in Giappone che si stima abbia comportato danni tra i 20 e i 25 miliardi). L'ammontare complessivo dei danni registrato nel 2016 corrisponde al doppio di quanto registrato nel 2015, a fronte di un numero simile di eventi catastrofali (198 nel 2015), a causa di alcuni episodi particolarmente devastanti.

I danni assicurati nel 2016 ammontano a circa 43 miliardi; resta dunque sostanzialmente costante la percentuale dei danni totali che risulta coperta dall'assicurazione (circa il 30%). I danni assicurati derivano per il 30% da eventi accaduti nel Nord America (l'uragano Matthew e l'alluvione in Louisiana) e per l'8% dal terremoto in Giappone di aprile 2016.

Si può notare che seppure il numero degli eventi sia aumentato negli ultimi anni, i danni economici e di conseguenza quelli assicurati non si discostano in modo rilevante dalla media degli ultimi 10 anni, probabilmente a seguito di un incremento nel tempo di interventi di prevenzione e messa in sicurezza del territorio.

L'Italia nel 2016 è stata meno interessata dai disastri idrogeologici rispetto agli anni trascorsi, ma è stata segnata dai devastanti terremoti che ne hanno colpito le regioni centrali, in particolare si ricorda la scossa del 24 agosto e lo sciame sismico dal 26 al 30 ottobre, eventi che oltre ad aver comportato danni ai beni (edifici, monumenti, imprese e infrastrutture) hanno causato quasi 300 vittime.

Il nostro Paese purtroppo ha una lunga storia legata agli eventi sismici, come riportato nella tabella che segue, la quale riepiloga gli eventi più rilevanti in termini di perdite economiche registrati in Italia negli ultimi 50 anni.

Tavola 1

Anno	Regione	Danni economici (milioni di euro)	Danni assicurati (milioni di euro)
1976	Friuli (2 eventi)	16.000	4
1980	Irpinia	25.000	86
1997	Umbria	2.500	130
2002	Molise	1.000	6
2009	L'Aquila	2.700	38
2012	Emilia	12.700	1.250
2016	Centro Italia	5.700	200

*Fonte: Elaborazione ANIA su dati Swiss Re e PERILS.
Le perdite economiche e assicurative sono state rivalutate al 2016, sulla base dell'indice dei prezzi al consumo italiano*

Dalla rilevazione di PERILS sulle esposizioni al rischio terremoto e alluvioni in Italia per l'anno 2017 (alla quale partecipa il 74% del mercato in termini di volume premi incendio), risulta che l'esposizione complessiva del mercato assicurativo a tali rischi (per le partite fabbricato, contenuto e danni indiretti) per quanto riguarda le imprese (industria, artigianato,

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

commercio) si attesta a livelli che si aggirano intorno ai 600 miliardi se si tiene conto dei limiti contrattuali (rispetto all'anno 2016 si è registrato un incremento del 18%). In particolare le regioni che hanno contribuito maggiormente all'incremento delle esposizioni per quanto riguarda le imprese nel 2017 sono la Lombardia, il Lazio, la Toscana e l'Emilia Romagna.

Per quanto riguarda le abitazioni assicurate contro i rischi catastrofali, nel 2017 si stima una esposizione del settore di circa 100 miliardi, in calo di circa il 9% rispetto all'anno precedente. Vi hanno contribuito soprattutto le variazioni negative registrate nel Lazio, in Piemonte e in Veneto.

La distribuzione territoriale del totale (imprese e abitazioni) delle esposizioni assicurate contro le catastrofi naturali evidenzia, per lo scorso anno, una forte concentrazione nelle regioni del Nord Italia, pari a circa il 70% del totale, cui seguono le regioni del Centro Italia con circa il 20%.

Fermi i livelli assoluti delle coperture assicurative in questione, è possibile che alcune stime di dettaglio e le variazioni osservate, ad esempio nella distinzione tra rischi aziendali e rischi residenziali, siano in parte dovute a una classificazione dei dati che è divenuta ancora più accurata da parte delle compagnie a seguito degli ultimi eventi sismici. È importante comunque precisare che si tratta di stime suscettibili di aggiustamenti.

LA DIFFUSIONE DELLE POLIZZE INCENDIO PER ABITAZIONI CIVILI CON ESTENSIONE PER LE COPERTURE CATASTROFI NATURALI

Gli eventi catastrofali che hanno colpito il Centro Italia a partire dall'agosto 2016 hanno evidenziato ancora una volta l'estrema vulnerabilità del territorio nazionale, sottolineando quanto il patrimonio edilizio italiano non sia in grado di resistere a terremoti, anche di entità non particolarmente straordinaria. Il Dipartimento della Protezione Civile ha stimato che gli eventi sismici dell'estate scorsa hanno causato oltre 23,5 miliardi di euro di danni, di cui circa 12,9 si riferiscono a danni a edifici privati (la stima comprende danni diretti, sia pubblici sia privati – vale a dire quelli che hanno provocato la distruzione di edifici, di infrastrutture, di raccolti e anche quelli che hanno colpito industrie e imprese, il patrimonio culturale, le reti di distribuzione dell'energia, del gas, dell'acqua – e i costi eleggibili, sostenuti dallo Stato per far fronte all'emergenza).

Più volte si è discusso sull'ipotesi di rendere obbligatoria in Italia, sia pur con una certa gradualità, l'assicurazione contro le catastrofi naturali attraverso un'estensione delle garanzie previste dalle polizze incendio esistenti sul territorio nazionale. Il sistema di copertura dei danni catastrofali adottato in Italia ha fatto sì che fosse sostanzialmente il settore pubblico a coprire i grandi danni avvenuti nel Paese, danni che ammontano ogni anno, in media, a circa 3 miliardi di euro. Questa situazione ha determinato uno sviluppo a tutt'oggi contenuto del mercato privato. ANIA stimava che nel 2009 fossero circa 35.000 gli edifici assicurati per eventi catastrofali (su un patrimonio complessivo di oltre 12 milioni di edifici residenziali), ovvero appena lo 0,3%.

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

In questo contesto è sorta quindi la necessità di disporre di informazioni aggiornate sul numero di polizze e sul valore assicurato complessivo delle abitazioni civili italiane che attualmente hanno una copertura contro tale rischio ⁽¹⁾.

Tipologia di polizza. A settembre 2016 si stima che il numero di polizze attive (relative al campione di imprese partecipanti) è stato pari a **8,2 milioni** per un valore complessivo di somme assicurate pari a circa **3,142 miliardi di euro** (Tavola 1); di queste polizze oltre il 52% è relativo a polizze multirischio, il 32% a polizze incendio individuali, quasi il 15% a polizze globale fabbricati, mentre lo 0,4% è relativo a polizze che coprono unicamente il rischio terremoto, senza la copertura del rischio incendio. La distribuzione percentuale delle somme assicurate evidenzia, invece, che oltre la metà del patrimonio abitativo assicurato è relativo a polizze globale fabbricati (essendo evidentemente le più rilevanti in termini di valore), il 30% a polizze multirischio e solo il 17% a polizze incendio individuali.

Tavola 1
Tipologia di Polizza assicurata

Tipo polizza	Numero Polizze	Distr. % Num. Polizze	Valori Assicurati (mln di euro)	Distr. % Valori Assicurati
Multirischio	4.267.070	52,3%	954.959	30,4%
Incendio (polizza individuale)	2.618.233	32,1%	527.989	16,8%
Globale fabbricati	1.200.603	14,7%	1.640.177	52,2%
Solo rischio terremoto	36.733	0,4%	12.970	0,4%
Non codificato	41.913	0,5%	5.528	0,2%
Totalle	8.164.552	100,0%	3.141.624	100,0%

Settore di rischio. Dalla Tavola 2 risulta che l'82% delle polizze riguarda le unità abitative, il 13,5% dei fabbricati e solo il 4,4% le unità commerciali ancillari, ovvero quelle unità destinate ad attività commerciali e situate al pian terreno negli edifici adibiti prevalentemente a residenza. Chiaramente, se si considerano le somme assicurate le distribuzioni percentuali cambiano in quanto i fabbricati, avendo un valore maggiore delle singole unità abitative, rappresentano quasi la metà di tutte le somme assicurate.

Tavola 2
Rischio Assicurato

Settore rischio	Numero Polizze	Distr. % Num. Polizze	Valori Assicurati (mln di euro)	Distr. % Valori Assicurati
Unità abitativa	6.704.442	82,1%	1.391.807	44,3%
Fabbricato	1.099.653	13,5%	1.484.382	47,2%
Unità commerciale ancillare	360.457	4,4%	265.435	8,4%
Totalle	8.164.552	100,0%	3.141.624	100,0%

⁽¹⁾ IVASS, sulla base della rilevazione che ANIA aveva condotto nel 2009, ha avviato nel novembre 2016 una richiesta annuale rivolta alle imprese di assicurazione in merito alle coperture delle polizze incendio e/o terremoto attive al 30 settembre 2016 relative a rischi localizzati nel territorio italiano. I rischi sono riferiti soltanto ad abitazioni o fabbricati ad uso abitativo e a eventuali unità commerciali ancillari. ANIA ha deciso quindi di sospendere la propria rilevazione e richiedere direttamente alle imprese le stesse informazioni già inviate all'Istituto di vigilanza. Hanno aderito alla richiesta 49 imprese rappresentative di una quota di mercato di circa il 94% dei premi dell'esercizio 2016 del ramo incendio. Si evidenzia che i dati della statistica sono stati poi utilizzati insieme ad altri dati di fonte pubblica (in particolare il Censimento 2011 delle abitazioni di ISTAT) per arrivare a una stima ragionevole della diffusione dell'assicurazione contro l'incendio e le calamità naturali delle abitazioni civili italiane.

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

Va altresì evidenziato che poiché circa 1,1 milioni di polizze assicuravano l'intero fabbricato e considerando che il numero medio di unità abitative per edificio sulla base dei dati ISTAT a livello nazionale è pari a 4,2⁽²⁾ è possibile stimare che il numero complessivo di unità abitative assicurate all'interno del campione sarebbe circa 11,684 milioni = [6,704 mln (unità abitative) + 0,360 mln (unità ancillari) + 1,100 mln (fabbricati) × 4,2] ed estendendo tali dati a livello nazionale, si può affermare che siano complessivamente circa **12,4 milioni** le unità abitative assicurate contro l'incendio in Italia. Rispetto alle abitazioni rilevate da ISTAT nel 2011 (31,2 milioni), risulta quindi che quasi il 40% ha in media una copertura assicurativa contro l'incendio.

Estensione alle catastrofi naturali. L'estensione di copertura alle catastrofi naturali in Italia è molto contenuta: il 95% delle polizze infatti non presenta alcuna estensione. Tuttavia, rispetto a quanto si era rilevato nel 2009, si nota come sia cresciuto il numero delle polizze che ora hanno un'estensione ai rischi catastrofali (tavola 3). Alla fine di settembre 2016 infatti si stima che fossero oltre 400.000 le polizze con la copertura al rischio terremoto o al rischio alluvione (o ad entrambe le calamità). Il confronto appunto con la stima del 2009 (quando le abitazioni assicurate per le catastrofi erano 35.000) evidenzia un incremento di oltre 10 volte delle coperture, indice che, anche se in misura limitata, il mercato risulta ora più “sensibile” e attento verso questo tipo di copertura.

Tavola 3
Estensione alle catastrofi naturali

Estensione alle catastrofi naturali	Numero Polizze	Distr. % Num. Polizze	Valori Assicurati (mln di euro)	Distr. % Valori Assicurati
Nessuna estensione	7.755.449	95,0%	3.013.009	95,9%
Solo rischio terremoto	176.987	2,2%	69.587	2,2%
Solo rischio alluvione	173.791	2,1%	36.672	1,2%
Entrambi i rischi terremoto e alluvione	58.325	0,7%	22.355	0,7%
Totali	8.164.552	100,0%	3.141.624	100,0%

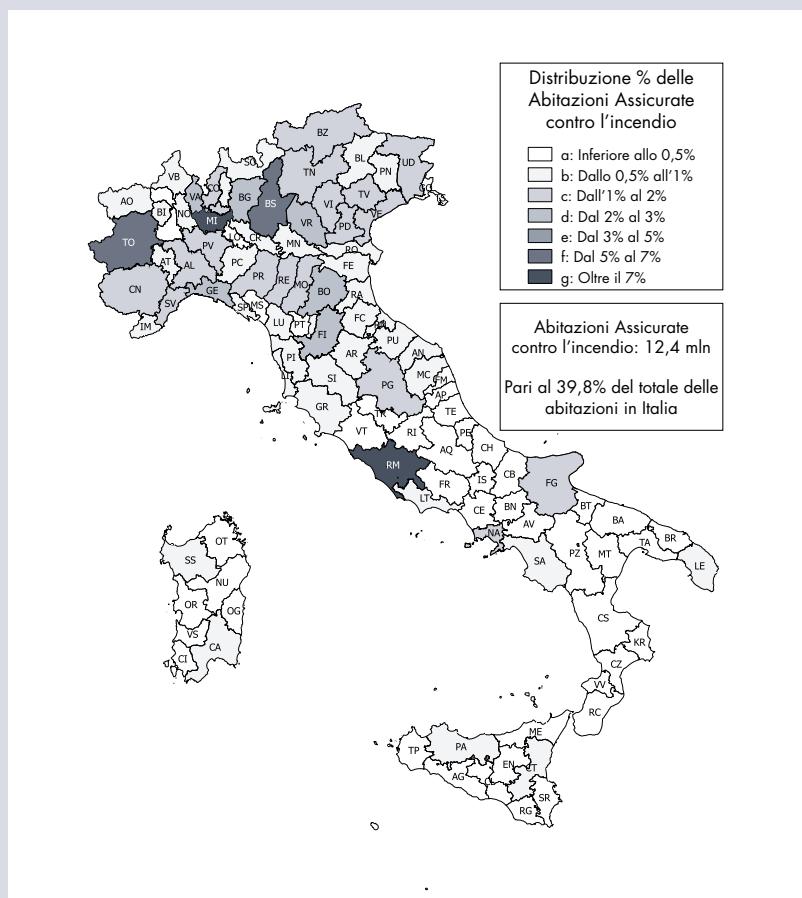
La statistica ha consentito anche di analizzare come si distribuiscono sul territorio italiano le unità abitative che attualmente hanno una copertura contro il rischio incendio (figura 1). Dal punto di vista territoriale si osserva che le unità abitative assicurate sono prevalentemente dislocate nel Nord Italia, con una maggiore concentrazione nell'area del Veneto, della Lombardia, del Piemonte, dell'Emilia Romagna e parte del Friuli-Venezia Giulia.

Da rilevare tuttavia che nelle sole province di Milano, Torino, Roma e Brescia sono presenti quasi un quarto del totale delle abitazioni assicurate italiane. In tutte le altre province queste percentuali sono più ridotte e solo in alcuni casi si supera il 2%; in quasi la metà delle

⁽²⁾ Tale valore differisce da quello pubblicato da ISTAT (e pari a livello nazionale a 3,3) perché l'Istituto considera nel calcolo delle unità abitative medie per edificio anche quegli edifici costituiti da una sola unità. Nel caso di questa rilevazione, invece, dal momento che le singole unità abitative sono considerate separatamente, le unità abitative medie per edificio sono calcolate considerando solo i casi di edifici con due o più unità. Per questa ragione il valore medio nazionale che si ottiene (pari appunto a 4,2 unità) è un valore più elevato di quello indicato da ISTAT

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

Figura 1
Distribuzione provinciale delle abitazioni assicurate contro l'incendio – Anno 2016



province italiane, nella maggior parte dei casi localizzate nel Centro-Sud, si concentra (in ciascuna provincia) meno dello 0,5% del totale delle abitazioni assicurate. Molto simile alla distribuzione delle unità abitative assicurate risulta essere, ovviamente, anche la distribuzione territoriale delle somme assicurate, che evidenziano una prevalente concentrazione nel Nord Italia.

Tuttavia se si analizza l'incidenza – a livello provinciale – delle abitazioni assicurate sul totale delle abitazioni esistenti (si ricorda che a livello nazionale è pari al 40%), risulta che in quasi tutto il Nord Italia più di un'abitazione su due è assicurata contro l'incendio, mentre nel Sud, nella maggior parte dei casi, tale percentuale non supera il 20% (figura 2). Se a Trieste quasi il 75% delle unità abitative è assicurato, a Milano e Bolzano il 68%, a Trento e Brescia il 66%, risulta invece che a Reggio Calabria, Benevento e Potenza solo l'8% è provvisto di copertura, mentre ad Agrigento ed Enna meno del 7%.

Molto più limitata risulta la diffusione delle polizze incendio che presentano un'estensione di copertura contro le catastrofi naturali (figura 3). Degli oltre 12 milioni di unità abitative assicurate per l'incendio, solo 610.000 (pari al 2%) sono tutelate contro le catastrofi naturali (principalmente terremoto e/o alluvione) e di queste circa l'80% è situato nel Nord dell'Italia.

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

Figura 2
Incidenza provinciale delle abitazioni assicurate contro l'incendio – Anno 2016

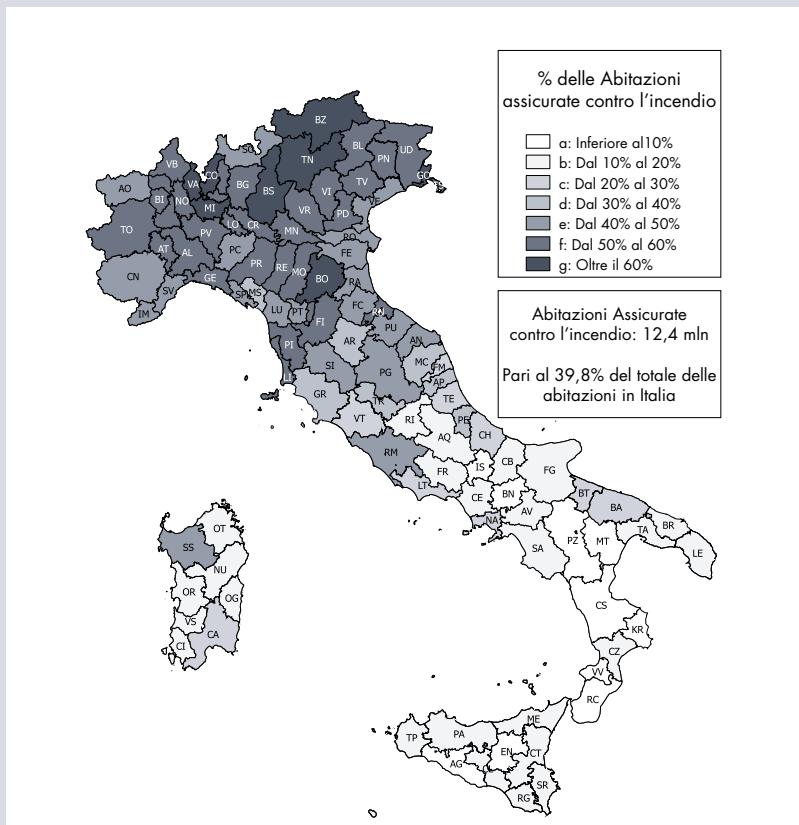
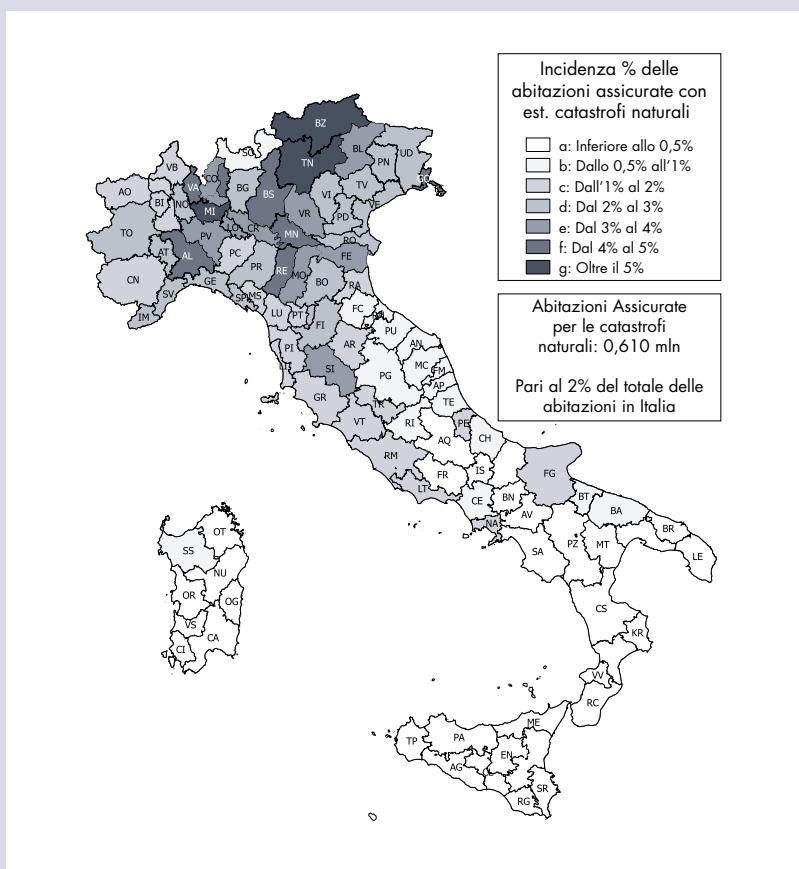


Figura 3
Incidenza provinciale delle abitazioni assicurate per le catastrofi naturali su quelle assicurate contro l'incendio – Anno 2016



LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

ASSEMBLEA GENERALE DELL'INTERNATIONAL UNION OF AEROSPACE INSURERS (IUAI)

ANIA ha ospitato a Taormina-Giardini Naxos dal 4 all'8 giugno 2017 la 77^a edizione della Conferenza internazionale dell'Unione degli assicuratori aerospaziali (IUAI), il più importante evento mondiale nel settore.

Costituita nel 1934, l'Unione rappresenta gli interessi del settore assicurativo e riassicurativo aerospaziale da oltre 80 anni.

In poco più di un secolo, il settore aerospaziale si è sviluppato e modificato oltre ogni aspettativa e i membri dell'Unione hanno dovuto reinventare e adattare le proprie politiche aziendali per soddisfare le esigenze di una clientela in continua espansione e per tenere conto di nuove tecnologie e di regimi giuridici internazionali in costante evoluzione.

I soci dell'Unione sono 77, tra assicuratori, riassicuratori e associazioni in rappresentanza di 28 paesi; si stima che circa il 90% della copertura assicurativa aerospaziale mondiale venga sottoscritta dai membri dell'Unione che forniscono copertura per ogni aspetto dell'attività aerospaziale:

- dagli ultraleggeri di proprietà privata a tutte le grandi aerolinee mondiali
- dai negozi di manutenzione ai costruttori di fusoliere e motori
- dai piccoli aeroporti di aeronautica generale ai grandi hub internazionali
- dai micro-satelliti ai lanciatori spaziali commerciali

La *Annual General Meeting* (AGM) – organizzata ogni anno da uno Stato membro diverso – costituisce il forum privilegiato per la discussione e lo scambio di idee, informazioni e dati statistici sui temi di maggiore interesse del settore.

L'AGM del 2017 si è articolata in una giornata in cui si sono tenute le riunioni del Comitato Esecutivo e dei cinque Gruppi di Studio cui hanno fatto seguito tre giornate di lavori in sede plenaria con presentazione degli studi effettuati negli appositi Comitati tecnici, le relazioni dei *guest speaker*, lo svolgimento di *workshop*.

In particolare per il settore **Aerolinee** il *leitmotiv* è stato rappresentato dalla tecnologia, tema di cruciale rilievo sia per la clientela sia per l'industria assicurativa. Si è cercato di comprendere se la digitalizzazione farà progredire i modelli di business delle compagnie aeree, influenzando tutti gli aspetti del loro funzionamento e come raccoglieranno tale sfida gli assicuratori che dovranno estendere e rivedere la portata delle coperture assicurative per garantire i nuovi e diversi rischi associati allo sviluppo tecnologico.

Nel settore dell'**Aviazione Generale** sono stati affrontati i temi più rilevanti a livello globale dando spazio al paese ospitante per una presentazione del mercato assicurativo italiano di aviazione generale, inclusivo del profilo delle esposizioni relative agli aerei con motore a pistoni e agli aerostati. Vi è stato un aggiornamento sui droni, le relative esposizioni e le modifiche normative *in fieri*.

Nel settore **Prodotti e Aeroporti** tra i temi trattati vi è stato quello molto rilevante delle perdite derivanti dall'utilizzo di parti contraffatte, le soluzioni atte a impedire che le stesse entrino nella catena di approvvigionamento nonché lo spazio cibernetico e le sue implicazioni sul mondo assicurativo aerospaziale.

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

Nell'ambito della presentazione del gruppo di studio Legal and Claims sono stati toccati, come di consuetudine, temi diversi: aspetti specifici dell'ampio tema delle responsabilità aeroportuali; feedback di mega produttori quali la Boeing sul rischio cyber, con un'analisi delle perdite già incorse, di quelle potenziali e sulle esigenze di copertura future; trasporto di merci pericolose.

Infine, nel settore **Spazio** è stata effettuata una panoramica delle tendenze del mercato aerospaziale in generale e di quelle specifiche del settore produttivo, un'analisi delle coperture pre-lancio e una discussione sul tema della rimozione attiva dei detriti.

IUMI, ANIA ED EDUCATION PROGRAM

La formazione rientra da sempre tra gli obiettivi istituzionali dello IUMI (International Union of Marine Underwriters).

Dopo la conferenza di Hong Kong di settembre 2014, l'Unione – preso atto della crescente domanda da parte delle proprie associate di strumenti formativi e programmi educativi nel settore delle assicurazioni marine e potendo beneficiare di una cospicua donazione a tal fine fatta dalla Federazione di Hong Kong – ha deciso di istituire uno specifico programma educativo, lo IUMI Education Program.

L'obiettivo è lo sviluppo di un piano formativo articolato e multifunzionale in grado di assicurare continuità e professionalità nella sottoscrizione e gestione di rischi, spesso molto complessi, nell'interesse del commercio globale e dell'economia mondiale. I contenuti del programma sono stati delineati a seguito di un'indagine promossa tra le associazioni aderenti con apposito questionario che ha evidenziato un interesse specifico in cinque aree:

- 1) webinar su temi specifici di interesse
- 2) tutorial online
- 3) istruzione in classe
- 4) migliore coordinamento con le iniziative di formazione promosse a livello nazionale
- 5) creazione di un *database* delle varie presentazioni/webinar e delle condizioni generali di assicurazione e clausole, da rendere permanentemente accessibile ai soci

Il Comitato Esecutivo dell'Unione ha deciso quindi di costituire un Gruppo di lavoro (Education Forum) per individuare modalità e tempistiche attuative sulle attività ritenute prioritarie.

A Genova, nel mese di settembre 2016, in occasione della conferenza mondiale organizzata da ANIA, si è tenuta la prima riunione dell'Education Forum. Il Forum – che risponde direttamente all'Executive Committee IUMI – si riunirà due volte l'anno in concomitanza con gli *Spring Meetings* (marzo) e con la conferenza annuale (settembre).

L'attività a breve termine (*quick win*) intende stimolare l'interesse e la partecipazione delle associate e prevede:

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

- la creazione di collegamenti più stretti e diretti con i programmi formativi nazionali che si arricchiranno della trattazione delle implicazioni internazionali di specifici temi
- la tempestiva comunicazione alle associate dei corsi e webinar in programma
- una maggiore visibilità sul sito alle iniziative in tema di Education

L'attività di medio termine prevede di dotare il *database* in fase di costruzione di una specifica e globale funzione di ricerca. Prevede inoltre la raccolta, auspicabilmente da parte di tutte le 49 associate, delle clausole contrattuali e delle condizioni generali di polizza elaborate in sede associativa e in uso sul mercato di riferimento. Ad oggi sono disponibili i clausolari dei mercati tedesco, scandinavo, inglese e statunitense.

L'attività a lungo termine, infine, prevede di affiancare ai webinar – che in una prima fase saranno gratuiti – lo sviluppo di iniziative a pagamento quali corsi di formazione in classe e tutorial on line per l'apprendimento a distanza.

A tal fine sono in corso degli approfondimenti con la World Maritime University che dovranno consentire anche il conseguimento di crediti formativi. I primi corsi si focalizzerebbero sui settori Corpi (Hull) e Merci (Cargo) ma, nel tempo, verrebbero implementati ed estesi ad altri temi. In parallelo potranno essere presi in considerazione seminari della durata di uno o due giorni su temi specifici qualora ne venisse segnalata l'esigenza.

ANIA è tra i membri costituenti il progetto, insieme alla Federazione di Hong Kong, alla GDV, l'Associazione delle assicurazioni tedesche, e alla GIAJ, l'Associazione delle assicurazioni giapponesi (i tre paesi organizzatori delle conferenze 2015, 2016 e 2017 che hanno aderito al progetto impegnandosi a una donazione a IUMI di parte del surplus eventualmente ricavato dall'organizzazione delle rispettive conferenze), in attesa che vengano compiutamente definite le “regole di ingaggio” del programma per tutte le associate.

8

LA RIASSICURAZIONE

LA RIASSICURAZIONE

Nel 2016 i premi indiretti complessivi raccolti dalle imprese nazionali e dalle rappresentanze stabilite in Italia di imprese extra-UE, al netto delle retrocessioni, sono stati pari a 2,4 miliardi, in aumento del 10% rispetto al 2015. I rami trasporti, tutela legale e credito e cauzione sono quelli che, in percentuale dei premi lordi, fanno ricorso più di altri alla cessione e retrocessione dei propri rischi.

Nel 2016 i premi indiretti totali del lavoro italiano ed estero, al netto della retrocessione, raccolti dalle imprese nazionali e dalle rappresentanze stabilite in Italia di imprese extra-UE, sono stati pari a 2.443 milioni, in aumento del 10% rispetto al 2015. Questi premi escludono i premi indiretti afferenti alle imprese esercenti la sola riassicurazione.

I premi indiretti sono quasi equamente distribuiti fra il settore vita (1.194 milioni) e quello danni (1.249 milioni).

Premi del portafoglio indiretto italiano al netto delle retrocessioni

Valori in milioni di euro

Ramo di attività**	Premi indiretti netti portafoglio ITALIANO					Variazioni %			
	2012	2013	2014	2015	2016*	2013/2012	2014/2013	2015/2014	2016/2015
Auto	53	46	33	22	14	-14,1	-27,9	-33,5	-35,2
Infortuni e malattia	38	67	88	149	178	76,3	30,9	69,0	19,5
Trasporti	9	8	11	14	9	-14,7	43,4	23,0	-32,9
Property	67	83	39	54	39	22,8	-52,8	38,0	-26,9
Credito e cauzione	6	4	3	4	3	-38,8	-7,5	24,6	-26,2
RC Generale	22	27	20	28	23	21,3	-23,7	39,1	-18,3
Perdite pecuniarie	8	7	3	1	14	-12,8	-53,5	-57,7	945,5
Tutela legale	22	25	28	29	3	10,8	13,5	1,2	-90,6
Assistenza	118	148	152	171	201	24,9	2,8	12,6	17,5
Totale rami Danni	344	413	378	472	484	20,0	-8,4	24,8	2,6
Ramo I e V	530	459	396	339	293	-13,4	-13,7	-14,5	-13,5
Ramo III	2	0	0	0	0	-68,5	-47,5	20,5	-33,3
Totale rami Vita	531	460	397	339	293	-13,5	-13,7	-14,5	-13,5
TOTALE DANNI E VITA	876	873	775	811	778	-0,3	-11,2	4,7	-4,1
Premi indiretti netti portafoglio ESTERO						Variazioni %			
	2012	2013	2014	2015	2016*	2013/2012	2014/2013	2015/2014	2016/2015
Totale rami Danni	428	605	578	591	765	41,2	-4,5	2,4	29,4
Totale rami Vita	1.088	982	783	819	901	-9,7	-20,3	4,6	10,0
TOTALE DANNI E VITA	1.516	1.587	1.360	1.410	1.666	4,7	-14,3	3,7	18,1
Premi indiretti netti portafoglio ITALIANO ED ESTERO						Variazioni %			
	2012	2013	2014	2015	2016*	2013/2012	2014/2013	2015/2014	2016/2015
Totale rami Danni	772	1.018	956	1.063	1.249	31,8	-6,1	11,2	17,5
Totale rami Vita	1.619	1.441	1.179	1.158	1.194	-11,0	-18,2	-1,8	3,1
TOTALE DANNI E VITA	2.391	2.459	2.135	2.222	2.443	2,8	-13,2	4,0	10,0

* Stima ANIA

** Auto comprende i rami corpi veicoli terrestri, r.c. auto e natanti; property comprende i rami incendio e altri danni ai beni

LA RIASSICURAZIONE

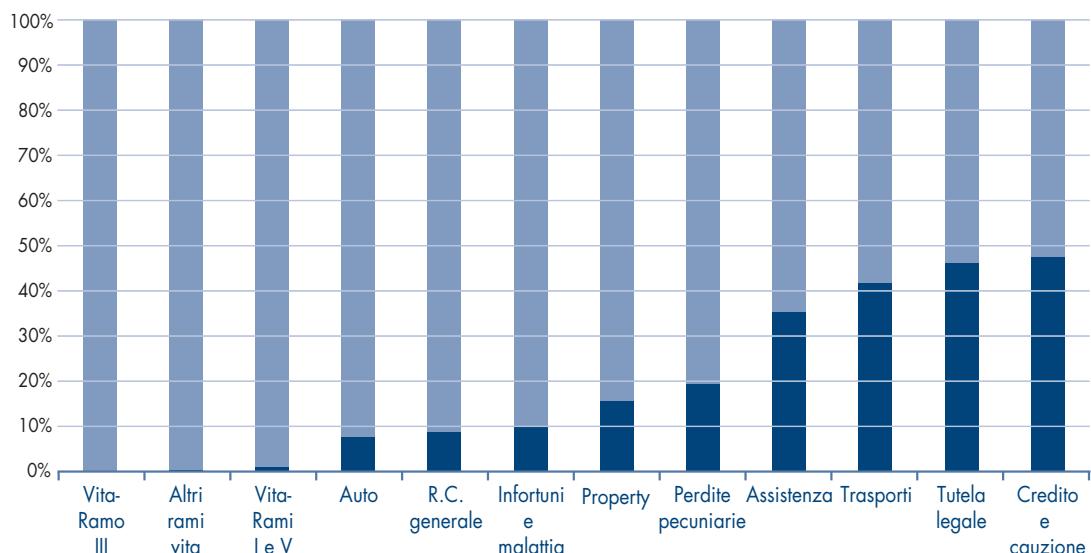
Il lavoro indiretto estero vita e danni è molto significativo per le imprese italiane. Nel 2016 i premi di questo settore, pari a 1.666 milioni, sono aumentati del 18% e la relativa incidenza sul lavoro indiretto complessivo è stata pari a circa il 70%. I premi indiretti esteri del vita sono stati circa il 55% del totale, per un importo di 901 milioni, mentre quelli danni, per 765 milioni, costituiscono la quota rimanente (45%).

Informazioni relative ai singoli rami (vita e danni) sono disponibili soltanto per i premi indiretti del lavoro italiano e non per quello estero. Nel 2016 i rami che raccolgono la più ampia quota di premi indiretti nel settore danni sono l'assistenza (201 milioni) e i rami infortuni e malattia (178 milioni); nel comparto vita la totalità dei premi indiretti (293 milioni) è relativa ai rami I e V.

Il dettaglio dei premi indiretti per singolo ramo di attività consente anche di analizzare la riassicurazione passiva del settore assicurativo attraverso il cosiddetto rapporto di cessione a premi. Questo rapporto esprime la percentuale dei premi ceduti e retroceduti del lavoro italiano rispetto al totale dei premi diretti e indiretti: più elevato è il rapporto, più ampio è il ricorso allo strumento riassicurativo. I rami in cui è maggiormente diffusa la cessione in riassicurazione sono il settore credito e cauzione (47%), il ramo tutela legale (46%) i rami trasporti (42%) e il ramo assistenza (38%).

Rapporto % di cessione a premi anno 2016

■ % di premi conservati
■ % di premi ceduti e retroceduti



LA RIASSICURAZIONE E IL MERCATO DEI CAT BOND NEL 2016

Nel 2016 il capitale a disposizione del settore riassicurativo è tornato a crescere rispetto all'anno precedente, invertendo il segno della contrazione registrata nel 2015. Alla fine del 2016, Aon-Benfield stima il capitale riassicurativo globale in 595 miliardi di dollari, di cui 514 nella forma tradizionale e 81 in strumenti alternativi. Rispetto alla fine del 2015 la crescita è stata pari a +5,3%.

Il capitale riassicurativo tradizionale è cresciuto del 4,3%, beneficiando dei significativi margini di profitto realizzati nel corso dell'anno e grazie anche al buon andamento delle componenti tecniche. Ulteriori contributi positivi sono provenuti dalle plusvalenze non realizzate che il

LA RIASSICURAZIONE

clima di bassi rendimenti ha determinato nei portafogli obbligazionari degli operatori di settore e dalla relativa facilità di reperire fondi sia in forma di azioni sia nel mercato del credito.

Figura 1
Il capitale riassicurativo tradizionale e alternativo
 Valori in miliardi di dollari

■ Capitale tradizionale
 ■ Capitale alternativo



Fonte: Aon Benfield

Il capitale raccolto mediante strumenti alternativi è cresciuto a ritmi superiori (+12,5%), in lieve accelerazione rispetto al 2015 (+12%). La raccolta è stata veicolata soprattutto da cartolarizzazioni strutturate, mentre il mancato rinnovo di alcune emissioni di *cat bond* in scadenza ha determinato una leggera flessione dell'impiego di questa classe di strumenti (figura 1).

È proseguita anche nel 2016 la contrazione delle emissioni di *cat bond*, in termini sia numerici sia di volume, dopo la marcata flessione registrata nel 2015. Nel 2016 le 22 emissioni hanno veicolato una raccolta di 5,8 miliardi di dollari, oltre il 16% in meno rispetto al 2015 (6,9 miliardi di dollari). La flessione è interamente dovuta alla battuta d'arresto registrata nel secondo trimestre – di norma il più attivo dell'anno – durante il quale sono coincisi l'insolitamente alto numero di scadenze e la contrazione delle nuove emissioni (figura 2).

Figura 2
Le emissioni di cat bond
 Valori in milioni di dollari

■ I trimestre
 ■ II trimestre
 ■ III trimestre
 ■ IV trimestre
 ■ Numero emissioni



Fonte: Aon Benfield

LA RIASSICURAZIONE

Alla fine del 2016 il capitale assicurato con questa classe di strumenti era pari quasi a 22,5 miliardi di dollari (il 31 dicembre 2015 erano 22,4).

Non si registrano significativi cambiamenti nella composizione del portafoglio dei rischi coperti, sostanzialmente orientata verso rischi sismici e meteorologici di Stati Uniti, Giappone ed Europa occidentale.

Il meccanismo di intervento dei *cat bond* più utilizzato è stato anche nel 2016 quello legato alla copertura delle perdite eccedenti un certo limite (*indemnity*), seguita da quello indicizzato alle perdite complessive del settore assicurativo primario (*industry loss*) e quello su parametri oggettivi di vario tipo (grado di scala Richter, velocità del vento).

9

LE RISORSE UMANE E L'AREA DEL LAVORO

I LAVORATORI DIPENDENTI E IL COSTO DEL LAVORO

Indagine statistica sulla composizione e sui costi del personale

Alla fine del 2016 il numero dei dipendenti del settore assicurativo (non dirigenti e dirigenti) era nel complesso pari a 46.850 unità, rimanendo sostanzialmente invariato (+0,2%) rispetto al 2015, quando i dipendenti erano 46.754, e interrompendo il trend di lieve calo registrato nel precedente biennio (-1,0% nel 2014 e -1,5% nel 2015).

Tale risultato è in parte dovuto anche al minor ricorso alle prestazioni straordinarie del Fondo Intersetoriale di Solidarietà ANIA/AISA (Associazione Italiana delle Società di Assistenza) da parte delle imprese nel corso 2016.

La stima del personale per l'intero mercato – che comprende anche i circa 3.500 dipendenti di società controllate da imprese di assicurazione ai quali è applicato il contratto collettivo nazionale assicurativo – è stata effettuata utilizzando i dati di un campione di imprese con una rappresentatività, misurata rispetto al personale dipendente del settore assicurativo, pari a circa l'85%.

Il numero del totale dipendenti comprende il personale amministrativo (37.909 unità), il personale dei call center⁽¹⁾ (2.404 unità), il personale dirigente (pari a 1.285 unità) e il personale addetto all'organizzazione produttiva e alla produzione (5.252 unità).

Nel 2016 si è registrata, rispetto all'anno precedente, una diminuzione di 61 dipendenti del personale amministrativo (-0,2%) mentre il personale dirigente e gli addetti al call center evidenziano un incremento pari, rispettivamente, a +3,4% (42 unità) e +3,5% (81 unità). Anche il personale addetto all'organizzazione produttiva e alla produzione registra un incremento, seppure più contenuto, pari a +0,7% (corrispondente a 34 unità).

Con riguardo all'intero personale del settore assicurativo, l'occupazione femminile ha registrato una lieve incremento (+0,5%), mentre quella maschile un lieve decremento (-0,2%).

Complessivamente, alla fine del 2016 il personale femminile rappresentava il 46,5% del totale dei dipendenti, dato sostanzialmente in linea con quello del 2015; relativamente ai titoli di studio, il 46% circa del personale del settore è in possesso di laurea, mentre circa il 49% ha un diploma di scuola media superiore, in linea con il 2015.

Nel 2016 il costo complessivo del personale dipendente (che comprende il personale amministrativo, il personale addetto ai call center e il personale dirigente,

⁽¹⁾ Il personale addetto ai call center si suddivide in personale della Sezione prima (addetti ai sinistri e al back office, pari a 1.467 unità) e personale della Sezione seconda (addetti alle vendite, pari a 937 unità); tale distinzione, a partire dal prossimo anno, sarà poi ridefinita alla luce delle modifiche apportate in sede di rinnovo contrattuale intervenuto il 22.02.2017.

LE RISORSE UMANE E L'AREA DEL LAVORO

ed esclude quindi quello relativo ai produttori) è stato pari a 3.832 milioni di euro, in aumento del 2,6% rispetto all'analogo dato dell'anno precedente. Tale trend è ascrivibile soprattutto all'aumento del numero dei dirigenti, nonché alla dinamica della contrattazione di secondo livello attuata nel corso del 2016 da alcune importanti compagnie del settore. Il costo per addetto del personale ammi-

Numero di dipendenti

Anno	Amministrativi (*)	Produttori	Totale
2007 (**)	41.121	5.157	46.278
2008	41.479	5.352	46.831
2009	41.881	5.488	47.369
2010	41.730	5.456	47.185
2011	42.193	5.284	47.477
2012	42.498	5.214	47.712
2013	42.747	5.189	47.936
2014	42.199	5.253	47.452
2015	41.536	5.218	46.754
2016	41.598	5.252	46.850

Costo del personale
Valori in milioni

Anno	Amministrativi (*)	Produttori	Totale
2007 (**)	2.972	277	3.249
2008	3.118	273	3.390
2009	3.142	261	3.403
2010	3.192	263	3.456
2011	3.284	267	3.551
2012	3.478	262	3.740
2013	3.635	262	3.897
2014	3.742	274	4.016
2015	3.735	292	4.027
2016	3.832	287	4.119

Variazione % del costo complessivo

Anno	Amministrativi (*)	Produttori	Totale
2008	4,9%	-1,6%	4,3%
2009	0,8%	-4,2%	0,4%
2010	1,6%	0,7%	1,6%
2011	2,9%	1,5%	2,7%
2012	5,9%	-1,7%	5,3%
2013	4,5%	0,0%	4,2%
2014	3,0%	4,3%	3,0%
2015	-0,2%	6,6%	0,3%
2016	2,6%	-1,7%	2,3%

Variazione % del costo unitario del personale

Anno	Amministrativi (*)	Produttori	Totale
2008	4,6%	-3,8%	3,8%
2009	-0,1%	-7,2%	-0,8%
2010	1,3%	-0,2%	1,2%
2011	2,5%	3,4%	2,6%
2012	5,0%	0,5%	4,8%
2013	3,8%	0,9%	3,7%
2014	3,3%	3,9%	3,3%
2015	1,3%	6,3%	1,5%
2016	3,3%	-1,7%	2,9%

(*) Nella voce è compreso il personale amministrativo, il personale addetto al call center ed il personale dirigente

(**). Per la prima volta dal 2007 il totale include i dipendenti di società controllate da imprese di assicurazione e i produttori che a seguito di un'importante ristrutturazione societaria sono stati inseriti nella statistica associativa

LE RISORSE UMANE E L'AREA DEL LAVORO

nistrativo ⁽²⁾ è risultato mediamente pari a 92.180 euro, con un aumento, rispetto al 2015, di circa il 3,3%.

Il costo del personale addetto all'organizzazione produttiva e alla produzione (pari a 287 milioni di euro) ha registrato invece una diminuzione dell'1,7% rispetto a quello del 2015; vi ha contribuito soprattutto il calo dei compensi provvigionali che, nello stesso periodo, si sono ridotti di circa il 2%. Analogamente il relativo costo per addetto (che per il 2016 è risultato pari a 54.791 euro) è diminuito dell'1,7% rispetto al 2015.

A livello complessivo (ossia con riferimento al personale amministrativo, al personale addetto ai call center, al personale dirigente e al personale addetto all'organizzazione produttiva e alla produzione) si osserva che il costo totale del personale dipendente delle imprese assicuratrici (pari nel 2016 a 4.119 milioni di euro) è aumentato rispetto al 2015 del 2,3%, mentre il costo per addetto (pari nel 2016 a circa 88.000 euro) evidenzia nel 2016 un incremento del 2,9% rispetto all'anno precedente.

NORMATIVA DEL LAVORO E FONDI DI SOLIDARIETÀ DEL SETTORE

Legge di Bilancio 2017 – Provvedimenti in materia di lavoro

In tema di lavoro e con riferimento alle disposizioni contenute nella Legge di bilancio 2017, hanno rivestito particolare importanza anche per le imprese di assicurazione le tematiche relative al *welfare* aziendale. Su tali argomenti l'Associazione ha svolto una costante azione di monitoraggio delle relative iniziative legislative, provvedendo a darne informativa e illustrazione alle associate.

A tal riguardo, si segnalano qui di seguito le principali novità di interesse per il settore apportate dal legislatore.

Welfare aziendale

Sono state approvate misure volte a rafforzare ulteriormente le disposizioni in materia di tassazione agevolata dei premi di risultato e di detassazione delle prestazioni (sotto forma di beni e servizi) di *welfare* aziendale.

In particolare, è stato disposto l'innalzamento:

- da 2.000 a 3.000 euro dell'ammontare dei premi di risultato, in relazione ai quali è possibile beneficiare della predetta tassazione agevolata (pari al 10%);
- da 50.000 a 80.000 euro della soglia massima di reddito da lavoro dipendente entro cui è possibile godere della tassazione agevolata.

È stato inoltre previsto che i lavoratori potranno fruire in sostituzione (in tutto o in parte) dei premi di risultato, anche di autovetture ad uso promiscuo, di prestiti a tasso agevolato, di immobili ad uso foresteria e di servizi di trasporto ferroviario.

⁽²⁾ Come da prassi, per garantire una maggiore significatività statistica dei dati, i costi unitari del personale sono stati ottenuti con il metodo della semisomma, ossia rapportando il costo complessivo di uno specifico anno alla media aritmetica dei dipendenti in servizio nell'anno considerato e nell'anno precedente.

LE RISORSE UMANE E L'AREA DEL LAVORO

È stata ampliata la tipologia delle prestazioni di *welfare* aziendale che possono considerarsi esenti da tassazione (quali ad esempio quelle concernenti la previdenza complementare, l'assistenza sanitaria integrativa, i piani di azionariato diffuso ai dipendenti) laddove il lavoratore decida di optare per dette prestazioni, in sostituzione (totale o parziale) dei premi di risultato.

Anticipo Pensionistico – APE e RITA

Al fine di favorire la flessibilità in uscita dal mercato del lavoro e fermo restando l'impianto delineato dall'ultima riforma pensionistica tesa a salvaguardare la sostenibilità finanziaria del nostro sistema previdenziale, è stato introdotto l'APE, Anticipo Pensionistico, che sarà operativo in via sperimentale fino al 31 dicembre 2018.

Tale “strumento” si sostanzia in un “prestito previdenziale” d’importo pari o superiore a 1,4 volte il trattamento minimo previsto dall’assicurazione generale obbligatoria, al netto della rata di ammortamento dell’APE, corrisposto in quote mensili per dodici mensilità, cui potranno accedere tutte le lavoratrici e i lavoratori (che hanno cessato il proprio rapporto di lavoro) con età anagrafica pari o superiore a 63 anni, in possesso del requisito contributivo minimo di 20 anni e che maturano (entro 3 anni e 7 mesi dal momento della richiesta) il diritto alla pensione di vecchiaia. Accedendo a detto prestito (la cui durata minima è di sei mesi) il lavoratore dovrà sostenere alcuni oneri “esplicativi” (interessi bancari, premio della copertura assicurativa per il caso morte) e “impliciti” (oneri previdenziali legati alla mancata contribuzione ai fini pensionistici); la restituzione del prestito avverrà a partire dalla maturazione del diritto alla pensione di vecchiaia, con rate di ammortamento mensili per una durata di 20 anni.

L’Anticipo pensionistico in questione può sostanziarsi anche nella c.d. APE agevolata o sociale, rivolta ad alcune categorie di lavoratrici e lavoratori in condizioni di maggior bisogno. Queste ultime vengono definite sulla base di particolari requisiti: lo stato di disoccupazione (e assenza di reddito); la gravosità del lavoro (pesante o rischioso) per la quale la permanenza al lavoro in età più elevata aumenta il rischio di infortunio o di malattia professionale; le condizioni di salute; i carichi di lavoro di cura legati alla presenza di parenti di primo grado conviventi con disabilità grave.

I soggetti che hanno diritto al beneficio ricevono un’erogazione monetaria direttamente dall’INPS, pari alla pensione certificata al momento della richiesta (se è inferiore a 1.500 euro lordi) o direttamente 1.500 euro lordi (se la pensione è maggiore).

Sempre per quanto riguarda l’APE sociale, è opportuno evidenziare che il 16 giugno u.s. è stato pubblicato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 23 maggio 2017 n. 88, che reca l’attuazione dell’articolo 1, commi da 179 a 186, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, in materia.

Gli stessi soggetti aventi diritto all’APE “ordinaria”, se iscritti a una forma pensionistica complementare, possono richiedere con analogo periodo di anticipo previsto dall’APE in parola che il montante accumulato sia in tutto o in parte liquidato mediante una rendita temporanea (“RITA”), assoggettata allo stesso trattamento fiscale che verrebbe applicato alle prestazioni pensionistiche.

LE RISORSE UMANE E L'AREA DEL LAVORO

Esonero contributivo triennale per assunzioni di "lavoratori studenti"

La nuova Legge di bilancio – a differenza di quanto contenuto nelle leggi di stabilità 2015 e 2016 – non prevede la proroga della riduzione “generalizzata” dei contributi previdenziali sulle nuove assunzioni a tempo indeterminato.

In sostituzione delle menzionate agevolazioni, il legislatore ha introdotto tuttavia un nuovo esonero contributivo che è limitato alle assunzioni a tempo indeterminato, anche in apprendistato, dei “lavoratori studenti” effettuate tra il 1° gennaio 2017 e il 31 dicembre 2018.

Il nuovo incentivo consiste nell’esonero totale, per un periodo massimo di 36 mesi, dal versamento dei complessivi contributi previdenziali a carico dei datori di lavoro, con esclusione dei premi e contributi dovuti all’INAIL.

Fondo Intersetoriale di Solidarietà per il sostegno del reddito, dell’occupazione, della riconversione e riqualificazione professionale del personale dipendente di imprese assicuratrici e di società di assistenza (Fondo ANIA/AISA)

Anche nel corso del 2016 talune imprese e gruppi del settore assicurativo coinvolti in importanti processi di riorganizzazione aziendali e/o interaziendali che potevano avere effetti sui propri livelli occupazionali, hanno fatto ricorso – previo appositi accordi sindacali – alle c.d. “prestazioni straordinarie del Fondo Intersetoriale di Solidarietà ANIA/AISA”, affrontando così in modo meno problematico delicate situazioni sul piano gestionale.

Come noto infatti, tali prestazioni consistono nell’accompagnamento alla pensione di quei dipendenti ai quali mancano non più di 5 anni al raggiungimento del primo requisito pensionistico utile ai fini INPS e consentono, in sostanza, di anticipare la risoluzione del rapporto di lavoro dei dipendenti più vicini ai requisiti pensionistici INPS, senza particolari documenti sul piano contributivo/pensionistico.

Sul monitoraggio e sulla gestione amministrativa di tali operazioni svolte dai competenti Uffici dell’INPS si è concentrata l’attività “deliberativa” del Comitato Amministratore del Fondo e a tal riguardo è stata utile l’attività svolta dall’Associazione, anche a supporto degli adempimenti posti in proposito a carico delle imprese.

Per quanto attiene poi alle c.d. “prestazioni ordinarie del Fondo” (vale a dire quelle che si concretizzano, sempre nei casi di ristrutturazione/riorganizzazione aziendale, in un trattamento di sostegno al reddito nei casi di riduzione/sospensione dell’orario di lavoro, nonché nel finanziamento di attività formative utili alla riqualificazione del personale interessato), va segnalato l’intervento del Comitato Amministratore del Fondo in merito all’utilizzo dei relativi contributi versati dalle imprese. E infatti, avute presenti alcune domande avanzate dalle società per il finanziamento di programmi formativi, l’INPS aveva comunicato al Comitato Amministratore che dette istanze – stante il tenore letterale delle norme contenute nel Regolamento del Fondo – si sarebbero potute accogliere, ma nel limite dell’importo dei contributi versati da ciascuna azienda interessata nel trimestre precedente la domanda.

LE RISORSE UMANE E L'AREA DEL LAVORO

Poiché tale interpretazione avrebbe comportato per le compagnie forti limitazioni e criticità sul piano operativo, il Comitato Amministratore ha predisposto un'apposita ‘Nota’ di chiarimento, acquisendo nel prosieguo anche un conforme parere del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con il quale il Dicastero ha confermato che – ai fini in parola – le imprese potranno utilizzare i contributi ordinari dalle stesse dovuti sin dal momento della costituzione del Fondo e fino al trimestre precedente la domanda di finanziamento.

LA CONTRATTAZIONE COLLETTIVA, NAZIONALE E AZIENDALE

Accordo con le OO.SS. di settore per il rinnovo del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) applicabile al personale dipendente non dirigente delle imprese di assicurazione

In data 22 febbraio 2017 è stata sottoscritta dalla Delegazione di Trattativa ANIA e dalle Organizzazioni Sindacali Nazionali di settore, l’Ipotesi di Accordo per il rinnovo del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) applicabile al personale dipendente non dirigente delle imprese di assicurazione, scaduto il 30 giugno 2013.

Tale Accordo – che è stato successivamente ratificato dagli Organi Consiliari dell’Associazione e approvato dalle Assemblee dei lavoratori tenutesi presso le Imprese del comparto – scadrà il 31 dicembre 2019.

L’Accordo sottoscritto con i Sindacati è giunto al termine di una lunga e difficile trattativa, protrattasi per quasi 20 mesi, che ha visto le Parti confrontarsi su tematiche di particolare rilievo per le imprese del mercato, da tempo in attesa di significative modifiche contrattuali, volte a rendere concretamente più flessibile l’organizzazione e la gestione delle attività al loro interno.

Alla luce dei suoi contenuti, il nuovo CCNL si presenta ben diverso dagli ultimi sottoscritti nel settore e rappresenta uno “snodo” importante nella regolamentazione del rapporto di lavoro dei dipendenti delle compagnie di assicurazione, in quanto apporta un reale ammodernamento della contrattualistica del nostro comparto, necessario per poter operare in un mercato sempre più dinamico e competitivo.

Venendo ai temi di maggior rilievo dell’Intesa, si evidenzia quanto segue:

Orario di lavoro: nel confermare la durata dell’orario di lavoro settimanale (37 ore) e la sua distribuzione, l’ipotesi di Accordo ha regolamentato, con rinvio alle sedi aziendali, la concreta possibilità di svolgimento dell’attività lavorativa nel venerdì pomeriggio per tutti i settori aziendali di interesse per le imprese. Laddove, tuttavia, non si raggiungesse un accordo con le rappresentanze sindacali, le compagnie potranno comunque o distribuire le 37 ore settimanali in egual misura dal lunedì al venerdì pomeriggio (7,24 ore al giorno, per non più di due terzi del personale dei settori interessati), oppure far prestare l’attività il venerdì pomeriggio (in aggiunta

LE RISORSE UMANE E L'AREA DEL LAVORO

alle 37 ore settimanali) attraverso rientri del personale da compensare con permessi da fruire nei mesi successivi (in questa ipotesi, per un massimo di 23 venerdì lavorativi pro-capite su base annua).

Le suddette modalità di svolgimento dell'attività lavorativa nel pomeriggio del venerdì potranno essere entrambe utilizzate dalle società con riferimento alle diverse aree/settori/funzioni di loro interesse e sulla base delle specifiche esigenze operative; viceversa, non potranno contestualmente adottarsi all'interno di uno stesso comparto aziendale.

Funzionari: è stato ridefinito il relativo impianto contrattuale, con la previsione di un unico livello di inquadramento, articolato in due figure – Funzionario *Business* (che ricomprende gli ex Funzionari di 1° e 2° grado) e Funzionario *Senior* (che ricomprende gli ex Funzionari di 3° grado) – tra loro pienamente fungibili e che si distinguono per il diverso grado di esperienza e competenza professionale (e non più, come in passato, in ragione dei diversi gradi gerarchici, fra loro non fungibili).

Ad entrambe le suddette figure potranno essere assegnate funzioni sia di tipo organizzativo legate alla gestione o alla responsabilità di strutture aziendali (con coordinamento anche di altri Funzionari), sia funzioni connotate da elevata specializzazione e/o da responsabilità di progetti aziendali.

Contact Center: è stata acclarata la piena flessibilità operativa al loro interno, attraverso la completa fungibilità di mansioni tra gli addetti alle attività del Contact Center sinistri, del Contact Center vendite, del back office e dell'assistenza. Tali attività potranno pertanto essere svolte anche in forma “mista”, in relazione alle esigenze organizzative e/o gestionali dell'impresa, senza necessità di alcun preventivo accordo sindacale in sede aziendale.

Con altre specifiche disposizioni, le Parti hanno inoltre apportato talune modifiche in merito all'allocazione contrattuale della “declaratoria” del personale addetto alle citate attività dei Contact Center, ponendo in tal modo anche le premesse per pervenire alla possibile fungibilità di mansioni tra tale personale e quello amministrativo di terzo livello (e viceversa).

In virtù delle suddette modifiche, la relativa regolamentazione contrattuale nazionale risulta ora più funzionale al mutato contesto di riferimento nel quale tali comparti aziendali operano.

Altre disposizioni: tra le altre nuove disposizioni introdotte con l'Accordo in esame, meritano una menzione quelle afferenti alla c.d. “area contrattuale” e ai “dipendenti delle imprese in liquidazione coatta amministrativa – L.C.A.”.

Con le prime si è stabilito che, nel caso di affidamento di attività di call center a società non controllate da imprese di assicurazione, le compagnie medesime committenti si impegheranno a far applicare il CCNL assicurativo ai dipendenti addetti a tale attività; nel caso di esternalizzazioni già in atto, detto impegno si attuerà con le necessarie gradualità.

LE RISORSE UMANE E L'AREA DEL LAVORO

In tema di L.C.A., sono state invece introdotte talune misure temporanee di sostegno all'occupazione, consistenti nell'impegno da parte delle imprese di destinare una quota (3%) delle proprie assunzioni a favore degli ex dipendenti licenziati dalle imprese poste in Liquidazione Coatta Amministrativa; è previsto che dette assunzioni si effettueranno con contratti a tempo determinato.

Per quanto attiene, infine, alla **Parte economica** segnaliamo che l'Ipotesi di Accordo ha stabilito, in relazione al periodo di riferimento 1° luglio 2013 – 31 dicembre 2019, trattamenti retributivi (in parte anche sotto forma di “*una tantum*”) che hanno “tenuto conto” unicamente degli indici inflattivi misurati e/o previsti per detto periodo.

In particolare l'Ipotesi di Accordo ha stabilito:

- per il periodo 1° luglio 2013 – 31 dicembre 2014 la corresponsione di un importo a titolo di *una tantum* che, per un dipendente di 4° livello-7^ª classe, è pari a 400 euro da riparametrare per inquadramento, per livello e per classe di anzianità, importo che non sarà considerato utile ad alcun effetto contrattuale e di legge. In luogo di tale *una tantum* è stata data la possibilità ai dipendenti di optare per un *contributo straordinario*, da destinarsi alla forma di previdenza complementare cui il lavoratore è iscritto; sempre con riferimento a un dipendente di 4° livello-7^ª classe, tale contributo è pari a 489 euro, anch'esso da riparametrare per inquadramento, per livello e per classe di anzianità;
- a partire dal 1° gennaio 2015, l'erogazione di incrementi scaglionati nel periodo di validità contrattuale che, a “regime” (vale a dire a fine contratto), comporteranno per un dipendente di 4° livello-7^ª classe, un aumento stipendiale di 103 euro mensili.

In termini percentuali e pur tenendo conto di taluni specifici aumenti concordati (in relazione a quanto sopra osservato) per gli addetti dei Contact Center e per le indennità dei Funzionari, gli incrementi stipendiari in parola complessivamente riconosciuti dall'Ipotesi di Accordo risultano inferiori al 5%;

- in relazione a quanto sopra previsto, sono state conseguentemente definite, a partire dal 1° gennaio 2015, somme da corrispondere a titolo di arretrati; tali importi sono stati peraltro considerati utili ai soli effetti della determinazione della quota di accantonamento del TFR relativa all'anno 2017 e delle prestazioni economiche di maternità e non hanno quindi concorso ad altri fini (ad esempio per il ricalcolo degli straordinari, dei contributi per la previdenza complementare, per il Fondo LTC).

Successivamente alla sottoscrizione dell'accordo in parola, le Parti firmatarie si sono incontrate per definire le modifiche da apportare in tema di assistenza sanitaria dei Funzionari, nonché i nuovi termini dell'accordo, da accludere al CCNL, riguardanti specifiche tipologie di contratti di lavoro (contratto a termine, somministrazione, apprendistato).

Al termine di tali lavori si potrà procedere pertanto alla redazione del cosiddetto testo coordinato del nuovo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro in questione, con successiva redazione a stampa da mettere a disposizione delle imprese.

LE RISORSE UMANE E L'AREA DEL LAVORO

Accordi sindacali per riorganizzazioni e ristrutturazioni aziendali

Nel corso del 2016 particolarmente importante è stata anche l'attività di supporto prestata dall'Associazione alle imprese del settore in relazione alle varie operazioni di riorganizzazione e ristrutturazione aziendali/interaziendali dalle stesse poste in essere nel corso dell'anno, soprattutto al fine di assisterle in sede di attuazione delle procedure di confronto sindacale previste a tal riguardo dalle disposizioni del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

In taluni casi, tali procedure hanno comportato – come sopra ricordato – il ricorso alle prestazioni straordinarie del menzionato Fondo Intersetoriale di Solidarietà ANIA/AISA; in altri casi le eccedenze di personale conseguenti alle suddette riorganizzazioni aziendali sono state invece definite attraverso l'adozione di misure economiche dirette a facilitare la risoluzione anticipata del rapporto di lavoro del personale coinvolto. La collaborazione con le imprese si è, infine, anche sostanziata sia con un supporto operativo ai fini della sottoscrizione dei contratti integrativi aziendali sia con l'attività svolta ai fini delle “conciliazioni sindacali” previste dalle disposizioni dei CCNL di settore applicabili al personale dipendente (dirigente e non), conciliazioni che anche nel corso del 2016 hanno raggiunto numeri consistenti.

IL DIALOGO SOCIALE

Insurance Sectoral Social Dialogue Committee

Nel corso del 2016, le Parti Sociali di settore a livello europeo hanno approfondito il tema degli “*effetti sociali della digitalizzazione nel mercato del lavoro assicurativo e delle sue ricadute nell'ambito dei rapporti di lavoro*”, pervenendo, in data 12 ottobre 2016, alla sottoscrizione di un'apposita “Dichiarazione Congiunta”. Tale Dichiarazione – nel ribadire l'impegno delle Parti per un dialogo aperto e costruttivo sui vari temi in discussione – ha inteso fornire un quadro di riferimento in merito alla suddetta problematica, stabilendo linee che, ancorché non vincolanti, possano in proposito favorire il dialogo delle Parti anche a livello nazionale e/o aziendale.

In tale contesto, le Parti Sociali di settore a livello europeo hanno concordato che dev'essere un obiettivo comune di tutte le organizzazioni partecipanti seguire il processo di “trasformazione digitale” in modo positivo, facendo sì che la digitalizzazione rappresenti nuove opportunità sia per le compagnie che per i loro dipendenti.

L'attività dell'Ente Bilaterale Nazionale per la Formazione Assicurativa – ENBIFA

Per quanto concerne l'attività svolta nell'ambito di ENBIFA, va evidenziato il supporto fornito dall'Associazione ai fini dell'organizzazione del Seminario tenuto dall'Ente nel marzo del 2016, dal titolo “*Il lavoro che verrà*”, evento che ha visto un'ampia partecipazione da parte di rappresentanti del mondo accademico, dei

LE RISORSE UMANE E L'AREA DEL LAVORO

giornalisti e delle Parti sociali del settore. A fine anno sono state inoltre avviate tutte le attività propedeutiche al rinnovo delle cariche statutarie dell'Ente (Consiglio Direttivo e Collegio dei Revisori dei conti) per il triennio 2017-2019.

LA FORMAZIONE – FONDI PARITETICI INTERPROFESSIONALI

FBA e Fondir

L'attività di promozione della formazione attraverso il Fondo Banche Assicurazioni è continuata anche nel 2016 con la pubblicazione di tre distinti Avvisi per la realizzazione di piani aziendali, settoriali, territoriali, piani individuali e piani di formazione rivolti alle aziende di dimensioni minori.

Si riportano di seguito i dati relativi ai finanziamenti approvati da FBA in favore delle imprese del settore assicurativo.

Dati relativi ai finanziamenti approvati dal Fondo Banche Assicurazioni in favore delle imprese del settore assicurativo – Avvisi 2015-2016

Avviso	N. delle imprese richiedenti il finanziamento	Dotazione finanziaria Avviso	Finanziamento FBA	N. delle lavoratrici e dei lavoratori del settore coinvolti	Tematica Avviso
Avviso 1/2015 (In fase di attuazione)	55	€ 54.000.000,00	€ 6.449.940,00	9.060	Generale
Avviso 2/2015 (Avviso chiuso)	45	€ 6.000.000,00	€ 1.000.887,71 (¹)	2.022	Piani Individuali
Avviso 3/2015 (In fase di attuazione)	32	€ 7.000.000,00	€ 2.618.038,75	1.359	Generale
Avviso 4/2015 (In fase di attuazione)	3	€ 5.000.000,00	Dati disponibili a consuntivo (²)	10	Alta Formazione Individuale
Avviso 1/2016 (In fase di attuazione)	40	€ 46.000.000,00	€ 6.435.972,00	7.587	Generale
Avviso 2/2016 (In fase di attuazione)	18	€ 10.000.000,00	Dati disponibili a consuntivo (²)	1.448	Piani Individuali
Avviso 3/2016 (In fase di attuazione)	44	€ 8.153.804,80	€ 3.459.692,80	2.245	Generale

Fonte: FBA – Area Valutazione e Monitoraggio Piani – dati aggiornati al 27 marzo 2017

(1) Totale Piani individuali rendicontati

(2) I dati relativi al finanziamento FBA saranno disponibili in seguito alla gestione e rendicontazione dei Piani individuali da parte delle imprese

Anche Fondir, nel corso del 2016, attraverso l'Annualità 2016, ha organizzato le proprie attività al fine di migliorare le competenze dei dirigenti, finanziando piani formativi individuali e aziendali.

LE RISORSE UMANE E L'AREA DEL LAVORO

L'Annualità 2016 è stata caratterizzata dalle seguenti modifiche:

- esclusione dei voucher formativi;
- valutazione di merito dei piani utilizzando gli indicatori individuati nei documenti «Criteri per l'utilizzo delle risorse», relativi al Comparto Creditizio-Finanziario e Assicurativo;
- rendicontazione delle spese esclusivamente a costi reali utilizzando i massimali previsti dalla “Guida alla gestione e rendicontazione dei piani formativi 2016”.

Andamento piani aziendali e individuali 2016

L'importo stanziato per il comparto assicurativo è stato di oltre 1,1 milioni di euro per finanziare piani aziendali e individuali; di questi ne sono stati richiesti quasi 400 mila, di cui finanziati oltre 315 mila euro. Nel 2016 le imprese coinvolte sono state 25, dei piani formativi avviati vi sono stati 12 progetti aziendali e 35 progetti individuali.

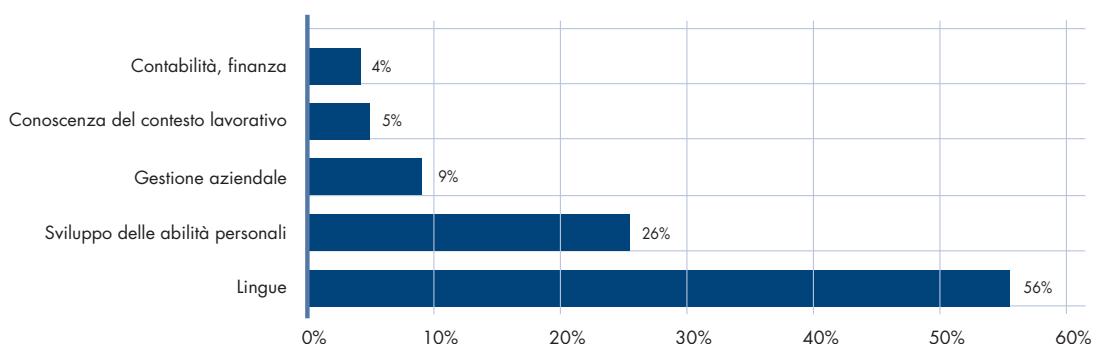
**Risorse
Annualità 2016 –
Piani aziendali
e individuali del
settore assicurativo**

Risorse piani aziendali e individuali	Totale richiesto	Totale finanziato (con rimodulazioni)
€ 1.133.423,00	€ 397.858,15	€ 315.498,15

Dei piani aziendali e individuali riferibili al settore assicurativo, l'87% ha trovato attuazione attraverso corsi svolti in aula, il 6,5% attraverso la formazione a distanza sincrona, il 4% con altre modalità e il 2,5% con formazione a distanza asincrona.

Oltre la metà dei piani finanziati è stata indirizzata all'apprendimento delle lingue, il 26% allo sviluppo delle abilità personali, il 9% alla gestione aziendale, il 5% alle conoscenze del contesto lavorativo e il 4% alla contabilità e finanza.

**Piani aziendali
e individuali del
settore assicurativo –
Tematiche formative**



Fonte: dati elaborati
da Fondir alla data
del 27 marzo 2017

LE RISORSE UMANE E L'AREA DEL LAVORO

PROGETTO EUROPEAN QUALIFICATION FRAMEWORK

Sono proseguiti nel corso del 2016 le attività necessarie all’implementazione del Progetto EQF (*European Qualification Framework*) che rappresenta lo strumento comune europeo di riferimento per facilitare la lettura e la comparazione delle diverse qualificazioni esistenti nei paesi UE.

Il Progetto, di grande rilevanza per il settore, ha richiesto la mappatura dei profili professionali esistenti all’interno del comparto assicurativo allo scopo di creare un insieme delle professionalità “tipiche” quale base condivisa per la creazione del repertorio.

In particolare, le operazioni di revisione formale e implementazione dei profili di settore si sono concluse nel mese di dicembre 2016; ciò ha consentito di completare, entro il mese di marzo 2017, la versione definitiva del Repertorio delle Qualificazioni Professionali del Settore Assicurativo. Nei prossimi mesi verrà istituito presso il Fondo Banche Assicurazioni (FBA) l’Osservatorio delle Professioni Assicurative, composto da esponenti delle compagnie e da rappresentanti sindacali aderenti a FBA, con compiti di monitoraggio funzionale, manutenzione e aggiornamento del Repertorio delle Qualificazioni Professionali di settore.

Ricordiamo che il Repertorio del settore assicurativo si compone di:

- 58 profili rappresentativi dell’intero comparto;
- Libreria delle conoscenze relative ai profili;
- Libreria delle capacità relative ai profili;
- 6 sequenze di processo di settore suddivise in ADA (Aree di Attività) relative a ciascun processo;
- Codici ATECO, CP-2011 e ISCO-08 delle singole ADA.

Il Repertorio delle Qualificazioni Professionali del Settore Assicurativo, già presentato ufficialmente al Ministero del Lavoro e all’ANPAL, sarà oggetto di una prossima pubblicazione e presentazione anche nei confronti delle imprese e degli operatori del settore.

10

LA DISTRIBUZIONE

LA DISTRIBUZIONE

Nel 2016, nel settore vita, c'è lievemente la quota di mercato degli sportelli bancari e postali, dopo quattro anni di costante crescita. Aumenta invece la quota degli agenti e della vendita diretta.

Nel comparto danni la principale forma di intermediazione rimane il canale agenziale anche se la relativa quota di mercato continua a scendere a vantaggio dei broker e degli sportelli bancari e postali. I risultati di una nostra analisi condotta sulla base dei dati dell'Associazione Italiana dei Broker (AIBA) mostrano peraltro che i dati delle imprese di assicurazione sottostimano l'importanza di questi intermediari nel comparto danni.

ASSICURAZIONE VITA

Dopo tre anni di forte espansione, nel 2016 è risultata in calo la raccolta premi del mercato vita a cui ha contribuito principalmente la forte contrazione dei premi intermediati dai consulenti finanziari abilitati e in misura minore quella degli sportelli bancari e postali. Sono rimasti sostanzialmente stabili i premi raccolti dagli agenti e tramite la vendita diretta; l'unico canale che ha registrato una crescita è stato quello dei broker che, tuttavia, ha continuato a intermedier volumi marginali.

Nel dettaglio, gli sportelli bancari e postali hanno registrato nel 2016 una diminuzione dei premi contabilizzati dell'11,8%, calo leggermente superiore a quello medio di mercato (-11,0%). Si è così interrotto il trend di forte sviluppo del triennio precedente (2013-2015) (tavola 1). Nell'arco temporale di cinque anni, gli sportelli bancari e postali mostrano tuttavia ancora una crescita (+17,4%), superiore a quella del totale vita (+10,1%) e, pertanto, rimane il canale con la quota di mercato più rilevante (62,9% nel 2016, in lieve calo rispetto al 63,4% nel 2015).

Nel 2016, sono risultati in forte calo (-22%) anche i premi intermediati dai consulenti finanziari abilitati, che diventano così il terzo canale di vendita delle polizze vita perdendo quote di mercato a favore degli agenti che, di conseguenza, tornano a essere il secondo canale di intermediazione per questo comparto (a partire dal 2009 i consulenti finanziari abilitati avevano superato gli agenti in termini di volumi raccolti). La contrazione dei consulenti finanziari abilitati è stata la più alta registrata dai vari canali del comparto vita e ha contribuito a una riduzione della loro quota di mercato che è scesa progressivamente dal 23,3% nel 2012 al 14,0% nel 2016.

Tavola 1 – Analisi dei canali distributivi nel periodo di osservazione 2012-2016 – Rami vita

CANALI	Premi lordi contabilizzati (valori in milioni di euro)					Quota di mercato %					Media (2012-2016)	Var. % annua					Var. % media (2012-2016)
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016		2012	2013	2014	2015	2016	
Sportelli bancari (1)	33.808	50.469	68.997	72.929	64.294	48,5	59,3	62,4	63,4	62,9	59,3	-16,4	49,3	36,7	5,7	-11,8	17,4
Consulenti finanziari abilitati	16.272	14.008	18.066	18.306	14.276	23,3	16,5	16,3	15,9	14,0	17,2	19,8	-13,9	29,0	1,3	-22,0	-3,2
Agenti	11.386	12.274	14.121	14.684	14.669	16,3	14,4	12,8	12,8	14,3	14,1	-5,9	7,8	15,0	4,0	-0,1	6,5
Vendita diretta	7.458	7.552	8.709	8.434	8.358	10,7	8,9	7,9	7,3	8,2	8,6	6,6	1,3	15,3	-3,2	-0,9	2,9
Broker	791	797	626	594	659	1,1	0,9	0,6	0,5	0,6	0,8	16,4	0,8	-21,5	-5,1	10,9	-4,5
TOTALE	69.715	85.100	110.518	114.947	102.257	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-5,5	22,1	29,9	4,0	-11,0	10,1

¹) Il dato di questo canale tiene conto anche dei premi intermediati dagli sportelli postali

LA DISTRIBUZIONE

I premi raccolti dal canale agenziale sono risultati invece in linea con l'anno precedente e di conseguenza si accresce il loro peso percentuale sull'intero mercato (14,3% nel 2016; 12,8% nel 2015), divenendo il secondo intermediario per il comparto vita.

Il canale della vendita diretta, che include anche la vendita tramite gerenze e/o agenzie in economia, ha registrato nel 2016 un volume premi in lieve diminuzione (-0,9% rispetto al 2015), riuscendo così a incrementare la propria quota di mercato (pari a 8,2% nel 2016) dopo un continuo calo verificatosi nei quattro anni precedenti (quasi l'11% nel 2012 per poi diminuire fino al 7,3% nel 2015).

Con una raccolta premi molto marginale (appena 659 milioni nel 2016, ossia lo 0,6% del totale), le polizze distribuite dai broker hanno fatto registrare l'unica crescita (+10,9%) del settore vita nel 2016 (dopo il calo del 21,5% nel 2014 e del 5,1% nel 2015).

Dall'analisi della composizione del mercato vita secondo le tipologie di polizze commercializzate (tavole 2 e 3) si evidenzia a livello di totale mercato per le polizze di ramo I (assicurazioni sulla durata della vita umana) un calo dei premi del 5,4% a cui ha contribuito in particolare la diminuzione (superiore alla media di mercato) della raccolta effettuata dai consulenti finanziari abilitati (-10,6%) e dagli sportelli bancari e postali (-7,0%) la cui quota di mercato passa rispettivamente dal 7,6% nel 2015 al 7,2% nel 2016 e dal 68,5% al 67,4%. Mantenendo invece una raccolta premi in linea con l'anno precedente accrescono il loro peso percentuale sia la vendita diretta (dall'8,1% nel 2015 all'8,6% nel 2016) sia, soprattutto, gli agenti (dal 15,3% nel 2015 al 16,2% nel 2016).

Anche le polizze di ramo III (unit e index linked) nel 2016 sono state maggiormente distribuite dal canale bancario e postale avendo i consulenti finanziari abilitati perso la leadership di questo settore nel 2015. Complessivamente il ramo III si contrae nel 2016 del 24,5% e a questo calo ha contribuito in modo quasi equivalente sia il canale degli sportelli bancari e postali (che cala del 25,3% rispetto al 2015) sia quello dei consulenti finanziari abilitati (-27,9%). Interessante osservare la crescita in questo comparto registrata invece dagli agenti (+8,2% rispetto al 2015) che ha contribuito all'aumento della relativa quota di mercato che passa dal 5,1% nel 2015 al 7,3% nel 2016.

Per quanto riguarda i premi delle polizze di capitalizzazione (ramo V) si registra nel 2016 una contrazione rispetto al 2015 di tutti i canali di vendita che portano a un calo complessivo dei premi del ramo (-21,8%). In particolare, il calo più significativo (-36,7%) è riscontrabile tra gli sportelli bancari e postali la cui quota di mercato si è ridotta dal 43,9% nel 2015 al 35,5% nel 2016. Questa diminuzione ha anche contribuito all'aumento del peso percentuale del secondo canale di vendita per questi prodotti ossia la vendita diretta, la cui incidenza percentuale aumenta di 6 punti passando dal 28,7% nel 2015 al 34,7% nel 2016.

Per il ramo VI (fondi pensione) si registra una crescita dei premi del 6,9% rispetto al 2015 trainata soprattutto dallo sviluppo degli sportelli bancari e postali che crescono

LA DISTRIBUZIONE

Tavola 2
Composizione %
del mercato vita per
ramo e canale
distributivo

Rami	ANNO 2016					
	Agenti	Broker	Sportelli bancari (1)	Consulenti finanziari abilitati	Vendita diretta	Totale
Totale settori						
I - Vita umana	16,2	0,6	67,4	7,2	8,6	100,0
III - Fondi di investimento	7,3	0,0	54,4	36,8	1,4	100,0
IV - Malattia	26,0	31,8	24,3	0,2	17,7	100,0
V - Capitalizzazione	23,5	5,6	35,5	0,7	34,7	100,0
VI - Fondi pensione	17,3	1,2	33,6	7,1	40,8	100,0
Piani ind. pens. (2)	36,7	0,1	30,6	18,3	14,2	100,0
TOTALE RAMI VITA	14,3	0,6	62,9	14,0	8,2	100,0
ANNO 2015						
Totale settori						
I - Vita umana	15,3	0,5	68,5	7,6	8,1	100,0
III - Fondi di investimento	5,1	0,0	55,0	38,5	1,3	100,0
IV - Malattia	24,5	35,5	27,7	0,2	12,1	100,0
V - Capitalizzazione	22,5	4,6	43,9	0,4	28,7	100,0
VI - Fondi pensione	19,5	1,8	31,0	6,5	41,1	100,0
Piani ind. pens. (2)	39,2	0,1	27,7	19,5	13,4	100,0
TOTALE RAMI VITA	12,8	0,5	63,4	15,9	7,3	100,0

Tavola 3
Var. % del mercato
vita per ramo e
canale distributivo
2016/2015

Rami	Agenti	Broker	Sportelli bancari (1)	Consulenti finanziari abilitati	Vendita diretta	Totale
Totale settori						
I - Vita umana	0,1	23,1	-7,0	-10,6	0,1	-5,4
III - Fondi di investimento	8,2	-46,8	-25,3	-27,9	-17,5	-24,5
IV - Malattia	14,4	-3,5	-5,4	23,2	58,3	7,9
V - Capitalizzazione	-18,4	-4,4	-36,7	33,9	-5,5	-21,8
VI - Fondi pensione	-5,5	-27,0	15,8	16,7	6,0	6,9
Piani ind. pens. (2)	-0,4	21,5	17,2	-0,3	12,3	6,2
TOTALE RAMI VITA	-0,1	10,9	-11,8	-22,0	-0,9	-11,0

(1) Il dato di questo canale tiene conto anche dei premi intermediati dagli sportelli postali

(2) I premi relativi ai PIP (contratti ex art. 13, co. 1, lett. b, d.lgs. 252/05) rappresentano un sottoinsieme dei premi relativi a polizze individuali del ramo I - Vita umana e del ramo III - Fondi di investimento

del 15,8% e la cui quota di mercato passa dal 31,0% nel 2015 al 33,6% nel 2016. Rimane prevalente il peso dei premi/contributi intermediati tramite la vendita diretta (oltre il 40% del totale ramo) che crescono nel 2016 del 6,0%.

Pur con una lieve diminuzione (-0,4%) dei premi/contributi nel 2016, gli agenti si confermano il principale canale d'intermediazione per le polizze pensionistiche complementari individuali (PIP), con una quota di mercato in calo e pari al 36,7% (era pari al 39,2% nel 2015). Continua a crescere l'incidenza degli sportelli bancari e postali che è passata dal 27,7% nel 2015 al 30,6% nel 2016 per effetto di una crescita (+17,2%) molto più sostenuta della media di ramo (+6,2%).

LA DISTRIBUZIONE

ASSICURAZIONE DANNI

I premi del totale danni hanno continuato a contrarsi anche nel 2016 (-1,0%) seppur a un ritmo minore rispetto alla media dell'ultimo quinquennio (-2,5%).

In particolare, la rete agenziale, che storicamente ha sempre rappresentato il principale canale di raccolta dei premi nei rami danni, ha registrato nel 2016, per il quinto anno consecutivo, una diminuzione nel volume degli affari intermediati (-2,7%) superiore a quella media di mercato (tavola 4). Come conseguenza di tale decremento, la quota di mercato degli agenti è risultata in continua contrazione passando dall'81,0% nel 2012 al 77,1% nel 2016.

I broker, secondo canale d'intermediazione del settore danni, hanno invece registrato nel 2016 un aumento del volume premi pari al 4,5% raggiungendo l'incidenza più elevata degli ultimi cinque anni (9,2%).

Si evidenzia, peraltro, che il peso dei broker è sottostimato, in quanto non tiene conto di una quota importante di premi (stimata in 25,8 punti percentuali) che tali intermediari raccolgono ma che presentano alle agenzie e non direttamente alle imprese. Tenendo conto di questo fenomeno, la raccolta danni intermediata dai broker sarebbe, nel 2016, pari a 11,2 miliardi (2,9 miliardi nelle statistiche ufficiali), con un'incidenza sulla raccolta totale danni del 35,0% (9,2% nelle statistiche ufficiali); conseguentemente la raccolta premi degli agenti sarebbe inferiore, attestandosi a 16,4 miliardi (anziché 24,6 miliardi risultanti dalle statistiche ufficiali) e la relativa incidenza sul totale danni sarebbe del 51,3% (anziché 77,1%). Nel settore auto il peso percentuale dei broker sarebbe nel 2016 pari al 12,2% (4,5% dai dati forniti dalle imprese) e di conseguenza il peso degli agenti si ridurrebbe al 76,6% (84,2% nelle statistiche ufficiali). Ma il fenomeno è significativo soprattutto nel settore non auto dove l'incidenza dei broker salirebbe al 58,3% (13,9% nelle statistiche ufficiali) e quella degli agenti scenderebbe al 25,5% (dal 69,8%).

Tavola 4 – Analisi dei canali distributivi nel periodo di osservazione 2012-2016 – Rami danni

CANALI	Premi lordi contabilizzati (valori in milioni di euro)					Quota di mercato %					Media (2012-2016)	Var. % annua					Var. % media (2012-2016)
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016		2012	2013 ⁽⁴⁾	2014 ⁽⁴⁾	2015	2016 ⁽⁴⁾	
Agenti	28.692	27.120	26.004	25.147	24.633	81,0	80,5	79,3	78,6	77,1	79,3	-3,0	-5,4	-4,2	-3,3	-2,7	3,7
Broker (1)	2.692	2.648	2.867	2.694	2.927	7,6	7,9	8,7	8,4	9,2	8,4	-1,8	-1,6	8,2	-6,0	4,5	2,1
Vendita Diretta	2.858	2.663	2.596	2.593	2.570	8,1	7,9 (3)	7,9	8,1	8,0	8,0	12,3	-3,3	-2,6	-0,1	-0,9	-2,6
di cui: internet e vendita telefonica	1.670	1.603	1.586	1.504	1.407	4,7	4,8 (3)	4,8	4,7	4,4	4,7	12,1	2,3	-1,1	-5,2	-6,5	-4,2
Sportelli Bancari (2)	1.123	1.202	1.269	1.497	1.756	3,2	3,6	3,9	4,7	5,5	4,2	-5,5	7,1	5,5	18,0	17,3	11,8
Consulenti finanziari abilitati	49	53	64	76	65	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	2,7	8,5	21,5	18,3	-14,0	7,6
TOTALE	35.413	33.687	32.800	32.007	31.953	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-1,9	-4,6	-2,7	-2,4	-1,0	-2,5

⁽¹⁾ L'incidenza dei broker nei vari anni non tiene conto di una quota di premi (stimata nel 2016 in 25,8 punti percentuali) originati da questo canale ma presentati alle agenzie e non direttamente alle imprese

⁽²⁾ Il dato di questo canale tiene conto anche dei premi intermediati dagli sportelli postali

⁽³⁾ A seguito dell'uscita di un'impresa nazionale dal portafoglio diretto italiano, avvenuta nel 2013, il cui portafoglio è stato assegnato a una rappresentanza in Italia di un'impresa europea, il dato non è confrontabile con la serie storica. Includendo i dati di tale impresa la quota di mercato della Vendita Diretta sarebbe pari all'8,2% di cui 5,1% quella di internet e telefono

⁽⁴⁾ Le variazioni % sono calcolate a perimetro di imprese omogenee

LA DISTRIBUZIONE

La stima della quota di premi afferente al canale dei broker viene effettuata da ANIA ricorrendo sia ad alcuni dati disponibili presso AIBA sia utilizzando informazioni aggiuntive raccolte presso i primari broker italiani. In particolare, AIBA non dispone di dati ufficiali circa il volume di premi gestito dai broker ma ne ottiene una stima sulla base dei versamenti effettuati da questi intermediari che obbligatoriamente si devono iscrivere a un particolare Fondo di Garanzia a cui aggiunge una quota di premi derivanti da *fee* di brokeraggio (non assoggettati al contributo obbligatorio). La stima dei premi gestiti dai broker effettuata da AIBA (pari per il totale settore danni a oltre 14,3 miliardi) risulta superiore a quella di ANIA per effetto, essenzialmente, di una diversa quantificazione dei premi derivanti da *fee* di brokeraggio e per il fatto che nel volume premi fornito da AIBA si includerebbe anche la raccolta delle imprese UE che sono invece escluse nelle statistiche associative.

Nella tavola di seguito si riporta, per completezza, la quota di mercato degli agenti e dei broker a partire dal 2007 dopo aver effettuato le stime sopra descritte. Si nota che nei dieci anni analizzati il peso dei broker per il totale danni è cresciuto di quasi 10 punti percentuali da 25,8% nel 2007 a 35,0% nel 2016 (meno di due punti percentuali nelle statistiche ufficiali) e che il divario tra i dati ottenuti dalle imprese assicuratrici e quelli stimati da ANIA sui dati AIBA per il totale danni è sempre cresciuto nel tempo arrivando, come detto, a quasi 26 punti percentuali negli ultimi anni (tavola 5).

Tavola 5 – Quota di mercato stimata degli agenti e dei broker

Anno	AUTO				NON AUTO				TOTALE			
	Broker		Agenti		Broker		Agenti		Broker		Agenti	
	% ottenuta dalle imprese assicuratrici	% stimata da ANIA su dati AIBA	% ottenuta dalle imprese assicuratrici	% stimata da ANIA su dati AIBA	% ottenuta dalle imprese assicuratrici	% stimata da ANIA su dati AIBA	% ottenuta dalle imprese assicuratrici	% stimata da ANIA su dati AIBA	% ottenuta dalle imprese assicuratrici	% stimata da ANIA su dati AIBA	% ottenuta dalle imprese assicuratrici	% stimata da ANIA su dati AIBA
2007	2,4	7,5	90,4	85,3	14,0	50,2	76,2	40,0	7,4	25,8	84,3	65,9
2008	2,6	8,3	90,1	84,4	13,9	51,7	75,9	38,1	7,6	27,5	83,8	63,9
2009	3,2	8,7	89,6	84,1	13,8	49,3	75,1	39,6	7,9	27,1	83,0	63,8
2010	3,0	8,7	88,6	82,9	13,5	50,8	74,6	37,3	7,7	27,4	82,4	62,7
2011	3,5	9,9	87,6	81,2	13,0	57,0	74,3	30,3	7,6	30,2	81,8	59,2
2012	3,3	9,8	86,8	80,3	13,3	58,4	73,4	28,3	7,6	30,7	81,0	57,9
2013	3,5	9,8	86,3	80,0	13,3	58,1	73,3	28,5	7,9	31,4	80,5	57,0
2014	3,6	10,8	85,7	78,5	14,7	61,3	71,8	25,2	8,7	34,2	79,3	53,8
2015	3,7	10,9	85,3	78,1	13,6	57,7	71,3	27,2	8,4	33,3	78,6	53,7
2016	4,5	12,2	84,2	76,6	13,9	58,3	69,8	25,5	9,2	35,0	77,1	51,3

Il volume premi raccolto tramite il canale della vendita diretta (che include oltre alla distribuzione tramite il canale internet e telefono anche quella effettuata tramite le Direzioni Generali) è risultato nel 2016 in calo dello 0,9%, in linea con la diminuzione dei premi totali danni. La relativa quota di mercato resta pertanto nel 2016 stabile intorno all'8,0% (anche rispetto alla media degli ultimi cinque anni). Se si analizza nel dettaglio la vendita effettuata esclusivamente tramite internet e telefono si registra una lieve diminuzione della quota di mercato che arriva nel 2016 al 4,4% (era 4,7% nel 2015), conseguenza di un calo dei premi contabilizzati del 6,5% rispetto al 2015.

LA DISTRIBUZIONE

Il volume premi intermediato dagli sportelli bancari e postali è risultato invece, anche nel 2016, in forte espansione (+17,3%) così come ha continuato ad aumentare, con una crescita iniziata nel 2013, la relativa quota di mercato che ha raggiunto nel 2016 il 5,5% (era 3,2% nel 2012).

Continua a rimanere molto limitata la quota di mercato afferente ai consulenti finanziari abilitati (0,2% nel 2016).

Nel settore auto (r.c. auto e corpi di veicoli terrestri) gli agenti si confermano il principale canale d'intermediazione con una raccolta premi che rappresenta oltre l'84% dell'intero comparto. Tuttavia rispetto al volume premi raccolto nel 2015, questo canale è diminuito del 4,9% mentre il totale mercato è diminuito del 3,8% (tavole 5 e 6). Nel 2016 la vendita telefonica e internet si sono confermati come il secondo canale d'intermediazione con una quota di mercato complessiva del 7,5% in lieve diminuzione rispetto a quella del 2015 (7,9%). I broker con un volume premi in aumento del 14,8% registrano un'incidenza superiore a quella del 2015 e pari al 4,5% del totale auto. Seguono gli sportelli bancari e postali che hanno intermediato nel 2016 un volume premi in crescita del 9,4% rispetto all'anno precedente e la cui quota di mercato, rimanendo comunque contenuta, è aumentata dal 2,4% nel 2015 al 2,7% nel 2016.

Tavola 6
Composizione % del mercato danni per settore e canale distributivo

Rami	ANNO 2016							Totale
	Agenti	Broker ⁽¹⁾	Sportelli bancari ⁽²⁾	Consulenti finanziari abilitati	Agenzie in economia	ALTRÉ FORME DI VENDITA DIRETTA	Vendita telefonica Internet	
R.C. Autoveicoli terrestri	85,9	3,1	2,6	0,0	0,6	2,2	5,5	100,0
Corpi di veicoli terrestri	75,7	11,8	2,8	0,0	3,2	2,1	4,4	100,0
Totale Auto	84,2	4,5	2,7	0,0	1,0	2,2	5,3	100,0
Infortuni e malattia	60,7	13,0	11,1	0,9	12,8	0,7	0,8	100,0
Trasporti ⁽³⁾	29,0	66,6	0,2	0,0	4,0	0,1	0,1	100,0
Property ⁽⁴⁾	74,7	12,4	9,0	0,2	2,3	0,6	0,9	100,0
R.C. Generale	82,0	10,2	3,8	0,1	3,6	0,1	0,1	100,0
Credito e cauzione	70,4	17,3	5,2	0,0	7,1	0,0	0,0	100,0
Totale Non Auto	69,8	13,9	8,4	0,4	6,3	0,5	0,7	100,0
TOTALE RAMI DANNI	77,1	9,2	5,5	0,2	3,6	1,4	3,0	100,0
ANNO 2015								
R.C. Autoveicoli terrestri	86,5	2,5	2,4	0,0	0,5	2,4	5,7	100,0
Corpi di veicoli terrestri	78,3	10,5	2,5	0,0	2,3	2,1	4,4	100,0
Totale Auto	85,3	3,7	2,4	0,0	0,8	2,4	5,5	100,0
Infortuni e malattia	63,2	12,9	7,9	1,2	13,1	0,7	0,9	100,0
Trasporti ⁽³⁾	30,1	65,1	0,0	0,0	4,5	0,1	0,1	100,0
Property ⁽⁴⁾	62,6	8,2	20,7	0,3	2,3	2,1	3,8	100,0
R.C. Generale	83,0	9,2	3,5	0,1	4,0	0,1	0,1	100,0
Credito e cauzione	72,9	15,3	6,6	0,0	5,2	0,0	0,0	100,0
Totale Non Auto	71,3	13,6	7,2	0,5	6,2	0,5	0,7	100,0
TOTALE RAMI DANNI	78,6	8,4	4,7	0,2	3,4	1,5	3,2	100,0

⁽¹⁾ L'incidenza dei broker nei vari anni non tiene conto di una quota di premi (stimata nel 2016 in 25,8 punti percentuali) originati da questo canale ma presentati alle agenzie e non direttamente alle imprese

⁽²⁾ Il dato di questo canale tiene conto anche dei premi intermediati dagli sportelli postali

⁽³⁾ Il settore Trasporti include: i Corpi Veicoli Ferroviari, i Corpi Veicoli Aerei, i Corpi Veicoli Marittimi, lacustri e fluviali, le Merci Trasportate, la R.C. Aeromobili e la R.C. Veicoli Marittimi

⁽⁴⁾ Il settore Property include: l'Incendio e gli Elementi Naturali, gli Altri Danni ai Beni, le Perdite Pecuniarie, la Tutela Legale e l'Assistenza

LA DISTRIBUZIONE

Tavola 7
Var. % del mercato
danni per settore e
canale distributivo

Rami	ANNO 2016/2015 (1)							Totale
	Agenti	Broker (2)	Sportelli bancari (3)	Consulenti finanziari abilitati	Agenzie in economia	ALTRÉ FORME DI VENDITA DIRETTA	Vendita telefonica Internet	
R.C. Autoveicoli terrestri	-6,2	12,3	6,7	-100,0	9,2	-12,4	-8,2	-5,6
Corpi di veicoli terrestri	3,0	18,1	24,5	-100,0	49,0	7,2	8,9	6,5
Totale Auto	-4,9	14,8	9,4	-100,0	26,0	-9,8	-6,2	-3,8
Infortuni e malattia	0,4	4,7	47,0	-16,3	2,1	4,8	-6,2	4,6
Trasporti (4)	-4,3	0,6	659,7	-86,8	-10,1	4,7	-40,3	-1,2
Property (5)	0,6	-3,2	4,4	-5,7	20,3	5,5	-2,3	0,8
R.C. Generale	-0,8	6,3	10,3	7,7	-7,8	7,7	-2,4	-0,2
Credito e cauzione	3,1	14,4	-15,2	0,0	47,5	0,0	0,0	5,9
Totale Non Auto	0,2	1,6	20,1	-13,6	4,2	5,2	-4,1	2,0
TOTALE RAMI DANNI	-2,7	4,5	17,3	-14,0	6,8	-7,4	-6,0	-1,0

(1) Le variazioni % sono calcolate a perimetro di imprese omogeneo

(2) L'incidenza dei broker nei vari anni non tiene conto di una quota di premi (stimata nel 2016 in 25,8 punti percentuali) originati da questo canale ma presentati alle agenzie e non direttamente alle imprese

(3) Il dato di questo canale tiene conto anche dei premi intermediati dagli sportelli postali

(4) Il settore Trasporti include: i Corpi Veicoli Ferroviari, i Corpi Veicoli Aerei, i Corpi Veicoli Marittimi, lacustri e fluviali, le Merci Trasportate, la R.C. Aeromobili e la R.C. Veicoli Marittimi

(5) Il settore Property include: l'Incendio e gli Elementi Naturali, gli Altri Danni ai Beni, le Perdite Pecuniarie, la Tutela Legale e l'Assistenza

Anche nel settore danni diverso dall'auto, il canale agenziale si conferma la principale forma di intermediazione con una quota di mercato pari a quasi il 70% e con un volume premi sostanzialmente stabile rispetto al 2015. Nel comparto crescono invece i volumi intermediati dai broker con un peso percentuale di quasi il 14% e dagli sportelli bancari e postali che, con un aumento dei premi contabilizzati pari al 20,1%, raggiungono una quota di mercato dell'8,4% (era stata pari al 7,2% nel 2015).

LEGGE DI DELEGAZIONE EUROPEA 2016

Criteri di delega per l'attuazione della Direttiva 2016/97

L'art. 29 della Legge n. 234/2012 – che disciplina le norme generali relative alla partecipazione dell'Italia alla formazione e all'attuazione della normativa e delle politiche dell'Unione Europea – stabilisce che con cadenza annuale il Governo predisponga un disegno di legge contenente le deleghe necessarie per il recepimento delle direttive europee e l'attuazione di altri atti dell'Unione Europea, all'interno dell'ordinamento nazionale.

Per l'anno 2016, è stato presentato all'esame della 14° Commissione del Senato (Politiche dell'Unione Europea) il disegno di legge n. 2834, il cui art. 4 dispone i principi e i criteri direttivi per l'attuazione della direttiva 2016/97 sulla distribuzione assicurativa (IDD).

LA DISTRIBUZIONE

La nuova direttiva comunitaria abrogherà, a far data dal 23 febbraio 2018, la precedente direttiva 2002/92/CE, recepita nel nostro ordinamento dal decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 (Codice delle assicurazioni private).

Con riferimento al contenuto del citato art. 4, si segnalano in particolare i seguenti aspetti:

Criteri di coordinamento

- È necessario armonizzare la disciplina sulla distribuzione assicurativa con la normativa in via di introduzione nei settori bancario, creditizio e finanziario a seguito del recepimento della direttiva MiFID2, i cui termini vedranno il recepimento nel nostro ordinamento ad inizio del 2018, al pari della direttiva IDD;
- Attribuire a IVASS e CONSOB, nell'ambito delle rispettive competenze, i poteri di vigilanza, di indagine e sanzionatori previsti dalla direttiva 2016/97, prevedendo opportune forme di collaborazione per garantire l'effettivo espletamento delle relative funzioni nonché i necessari poteri regolamentari, anche al fine di semplificare gli oneri dei soggetti vigilati.

Obblighi e requisiti di registrazione degli intermediari

Un secondo gruppo di criteri e principi riguarda alcune opzioni previste dalla direttiva in materia di obblighi e requisiti di registrazione per gli intermediari.

In particolare, si prevede:

- a) la possibilità che gli intermediari assicurativi e riassicurativi e gli intermediari assicurativi a titolo accessorio siano registrati direttamente da un apposito organismo posto sotto il controllo IVASS, secondo le modalità da quest'ultimo stabilite con regolamento;
- b) che le imprese di assicurazione e riassicurazione e gli intermediari assicurativi e riassicurativi collaborino nella registrazione degli intermediari assicurativi e riassicurativi e degli intermediari assicurativi a titolo accessorio che agiscono sotto la loro responsabilità controllandone, contestualmente, il rispetto delle condizioni di registrazione, attraverso la verifica diretta del possesso dei requisiti di professionalità e onorabilità dei collaboratori e dipendenti, nonché di chi agisce sotto la loro responsabilità, eventualmente impartendo la necessaria formazione o fornendo appositi strumenti di aggiornamento professionale.

Obblighi di informativa

- Relativamente all'informativa sui prodotti danni, è previsto che il documento informativo (PID) sia fornito dal distributore contestualmente alle altre informazioni richieste dalla normativa vigente, secondo le modalità stabilite da IVASS con apposito regolamento;
- IVASS può disporre disposizioni più rigorose per la tutela degli assicurati in merito all'informativa sul collocamento dei prodotti di investimento assicurativi: a titolo di esempio, l'obbligo di fornire idonea informativa anche ai clienti c.d. professionali.

Vendita abbinata

IVASS, attraverso l'estensione di poteri già attribuiti dal Codice delle assicurazioni private, può vietare la vendita di un'assicurazione assieme a un servizio o prodotto accessorio diverso da un'assicurazione, come parte di un pacchetto o dello stesso accordo, quando tale pratica sia dannosa per i consumatori.

Procedure di reclamo

L'introduzione di procedure di reclamo e di risoluzione stragiudiziale delle controversie aventi a oggetto i diritti e gli obblighi derivanti dalla direttiva IDD e delle altre disposizioni applicabili ai soggetti vigilati, nel rispetto della normativa sul “sistema unico di ADR” (valido per entrambi i settori di mercato – distributori e imprese di assicurazione – così da garantire la parità di trattamento nell'interesse dei consumatori).

Sistema sanzionatorio

La previsione di modificare l'impianto relativo alle sanzioni amministrative pecuniarie, previsto attualmente dal Codice delle assicurazioni private, potenziandolo anche mediante l'introduzione di sanzioni amministrative e pecuniarie per le violazioni diverse da quelle concernenti l'attività distributiva, in un'ottica di armonizzazione con la disciplina sanzionatoria contenuta nel Testo Unico delle leggi in materia bancaria e creditizia.

REQUISITI IN MATERIA DI PRODUCT OVERSIGHT AND GOVERNANCE (POG)

L'art. 25 della Direttiva 97/2016/UE sulla distribuzione assicurativa – che dovrebbe essere recepita nel nostro ordinamento di settore entro il 23 febbraio 2018 – prevede che le imprese assicurate e gli intermediari, che realizzano prodotti assicurativi per la vendita alla clientela, “*... adottano, gestiscono e controllano un processo di approvazione per ciascun prodotto assicurativo o per ogni modifica significativa di un prodotto assicurativo esistente, prima che sia commercializzato o distribuito ai clienti*”.

La finalità perseguita dalla norma è quella di rafforzare la tutela del consumatore, garantendo la rispondenza del prodotto assicurativo alle sue esigenze attraverso un processo di “*product oversight and governance arrangements*” (POG).

In quest'ottica, il processo di approvazione deve essere proporzionato e adeguato alla natura del prodotto, deve individuare la categoria di riferimento dei destinatari alla quale il prodotto è rivolto (c.d. *target market*), attraverso un adeguato livello di granularità che tenga conto delle esigenze assicurative dei clienti e del loro livello di conoscenza ed esperienza finanziaria, nonché della strategia di distribuzione più adeguata.

Le norme presenti nel processo del POG si rivolgono tanto ai produttori quanto ai distributori. Per produttore si intendono sia l'impresa di assicurazione che l'intermediario (*manufacturer de facto*) che realizzi nuovi prodotti assicurativi, o modifichi prodotti già esistenti determinandone autonomamente gli elementi significativi (ad esempio la copertura, i costi, i rischi, le prestazioni e le garanzie), rispetto ai quali l'impresa di assicurazione, che assume i relativi rischi, non apporti modifiche sostanziali.

LA DISTRIBUZIONE

Viceversa, con riferimento alla figura del distributore, sono ricompresi nella categoria l’impresa, quando vende direttamente, e l’intermediario assicurativo che distribuisce prodotti assicurativi realizzati da altri.

Le relazioni intercorrenti tra le figure del produttore e del distributore riguardano le modalità con le quali il produttore fornisce al distributore le informazioni relative al prodotto e al relativo processo di approvazione, unitamente al mercato di riferimento individuato e le iniziative da porre in essere per controllare che i distributori operino in conformità alle disposizioni in materia di POG, collocando correttamente i prodotti presso il mercato di riferimento.

Si ricorda che la materia POG è in corso di ulteriore implementazione normativa, a livello comunitario, attraverso l’adozione di appositi Atti delegati da parte della Commissione europea.

Successivamente all’entrata in vigore della Direttiva 97/2016/UE, l’Autorità di vigilanza europea sugli operatori previdenziali e assicurativi (EIOPA) ha pubblicato in materia di POG proprie *preparatory guidelines*, con lo scopo di fornire alle Autorità nazionali indicazioni per agevolare la preparazione del mercato assicurativo europeo all’avvento delle nuove disposizioni.

IVASS, in considerazione del notevole impatto sul mercato della nuova disciplina, ha comunicato a EIOPA⁽¹⁾ la volontà di recepire le predette linee guida attraverso una loro progressiva implementazione. A tal fine, l’Istituto ha avviato una consultazione su un documento predisposto sotto forma di schema di Lettera al mercato, recante l’anticipazione delle nuove disposizioni sui requisiti organizzativi in materia di POG, previsti dall’art. 25 della citata Direttiva.

La finalità perseguita dall’Autorità di vigilanza è quindi quella di attenuare l’impatto che il recepimento della normativa europea avrà al riguardo sul mercato e sugli operatori, calibrandone gli adempimenti in ragione del principio di proporzionalità.

L’Istituto di vigilanza ha così invitato le imprese di assicurazione e gli intermediari ad avviare, sin da subito, attività preparatorie di studio, analisi e mappatura dei prodotti e processi attualmente in essere, al fine di elaborare la necessaria ristrutturazione “operativa” idonea a realizzare gli obiettivi della nuova disciplina in materia di POG.

In particolare, IVASS intende indicare le misure che i produttori e i distributori dovranno adottare con riferimento alla fase di design e lancio del prodotto, per assicurarsi che siano adeguatamente tenuti in considerazione gli interessi dei clienti a cui il prodotto è destinato anche lungo tutta la sua durata di vita, prevedendone un monitoraggio nel tempo volto a garantire che lo stesso prodotto continui a rispondere agli interessi della tipologia dei clienti per i quali è stato realizzato.

⁽¹⁾ In applicazione dell’art. 16 del Regolamento n. 1094/2010 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 24 novembre 2010.

LA DIRETTIVA MiFID 2014/65/UE

La direttiva 2014/65/UE, c.d. MiFID II, pubblicata il 12 giugno 2014 richiede agli Stati membri di:

- adottare e pubblicare, entro il 3 luglio 2017, le leggi, i regolamenti e i provvedimenti amministrativi necessari per il recepimento della nuova direttiva;
- applicare le misure adottate per l'adeguamento alla MiFID II dal 3 gennaio 2018.

La nuova direttiva MiFID ha come obiettivo principale quello di sviluppare il mercato unico dei servizi finanziari in Europa, nel quale siano assicurate la trasparenza e la protezione degli investitori, in modo più semplice e a condizioni identiche in tutti gli Stati dell'Unione. Sono peraltro previste disposizioni che, in quanto ispirate al dovere di agire nel miglior interesse del cliente, garantiscano una corretta informazione per gli investitori, si occupino dei potenziali conflitti di interesse tra le parti e richiedano un'adeguata profilatura del risparmiatore.

Tra le caratteristiche più salienti della nuova direttiva si segnalano in particolare i seguenti istituti:

- Consulenza: viene introdotto il nuovo concetto di consulenza indipendente. Alla base del servizio di consulenza c'è la valutazione di adeguatezza, quale essenziale presidio di tutela dell'investitore. L'obiettivo della valutazione di adeguatezza è raccomandare all'investitore servizi e strumenti finanziari corrispondenti al suo profilo. A tal riguardo, rispetto alla MiFID I, MiFID II richiede di porre un'attenzione specifica agli elementi legati alla tolleranza al rischio e alla capacità dell'investitore di sostenere eventuali perdite.
- Regole di condotta: la MiFID II ha introdotto regole di condotta finalizzate a fare sì che l'azione dei distributori sia improntata a principi di onestà, imparzialità e professionalità, posti al servizio degli interessi dei clienti. In tale quadro sono state infatti previste specifiche disposizioni organizzative in materia di prevenzione dei conflitti di interesse, nonché la possibilità per gli Stati membri di prevedere norme di divieto al percepimento di incentivi.
- Governance del prodotto: la MiFID II introduce una serie di requisiti organizzativi applicabili ai rapporti tra produttori e distributori di strumenti finanziari. I produttori sono infatti chiamati a definire e applicare un processo di approvazione per ogni strumento finanziario prima della sua commercializzazione o distribuzione alla clientela. Dal canto loro, i distributori sono tenuti a contribuire all'implementazione di strategie distributive appropriate rispetto alle caratteristiche del mercato target.

La direttiva prevede il completamento della disciplina sulla governance del prodotto mediante l'adozione di orientamenti per gli operatori. A tal fine, ESMA ha effettuato una pubblica consultazione dedicata alla bozza di linee guida sugli obblighi di governance del prodotto per produttori e distributori, che si applicheranno anch'esse dal 3 gennaio 2018. A seguito della pubblica consultazione ESMA, in data 2 giugno 2017, ha emanato le linee guida.

Le linee guida si focalizzano sui criteri per la definizione del mercato target dei singoli prodotti di investimento, considerando le caratteristiche degli stessi, i canali distributivi e le forme di prestazione dei servizi (con o senza consulenza, regime di adeguatezza/appropriatezza/execution only).

LA DISTRIBUZIONE

Parallelamente al comparto finanziario, anche il settore assicurativo ha sviluppato set di regole simili che riguardano, fra l'altro, i requisiti in materia di prodotti, gli obblighi di informazione e le norme di comportamento degli intermediari.

Di rilievo appare, in particolare, la previsione di regole in materia di *product governance*, analoghe nella sostanza a quelle previste dalla MiFID II, e quindi fondate sulla dialettica fra *product manufacturer* e *product distributor* nella ideazione e nel collocamento delle polizze. Tali regole sono peraltro applicabili a tutti i tipi di prodotto assicurativo e non solo a quelli *investment based*.

A ciò si aggiunge anche la considerazione che, in sede di complessiva revisione della disciplina riguardante i mercati finanziari, il legislatore comunitario ha ravvisato la necessità di meglio disciplinare gli “*investimenti che riguardano i contratti assicurativi che vengono messi a disposizione dei consumatori come potenziali alternative agli strumenti finanziari propriamente detti o in sostituzione degli stessi*” (considerando 87 della MiFID II), in base alla considerazione per cui tali investimenti sono sempre più diffusi tra la clientela al dettaglio, bisognosa di un maggiore livello di protezione.

Pertanto, in forza dell'obiettivo del legislatore comunitario, espresso nel richiamato considerando 87 della MiFID II, il capitolo VI della IDD prevede un set di requisiti supplementari rispetto a quelli previsti in via generale per tutti i prodotti assicurativi, da applicarsi nel caso in cui l'attività di distribuzione sia effettuata da intermediari assicurativi o da imprese di assicurazione in relazione a prodotti *investment based*.

In quest'ottica, verrà tendenzialmente a completarsi il processo di attrazione dei prodotti assicurativi con componente finanziaria nell'ambito delle regole dettate per i servizi di investimento, iniziato nell'ordinamento italiano con le modifiche del 2005 al TUF.

FONDO PENSIONE AGENTI

Riprende la gestione ordinaria del Fondo

Dopo 18 mesi di gestione commissariale, il 19 ottobre scorso il Fondo Pensione Agenti è tornato alla gestione ordinaria, con la nomina del nuovo Consiglio di Amministrazione e del Collegio Sindacale.

Il piano di riequilibrio predisposto dal Commissario straordinario ha quindi azzerato il disavanzo che aveva determinato l'adozione della gestione commissariale, riportando il Fondo in una situazione di equilibrio finanziario, certificato dal Bilancio Tecnico al 31 dicembre 2016 che evidenzia nel suo complesso un avanzo patrimoniale di 62,7 mln di euro, al netto dell'accantonamento delle attività supplementari pari al 4% delle riserve stesse.

Si rammenta che il piano di riequilibrio conserva, anche per il futuro, il regime a prestazione definita unitamente alla separazione tra la gestione ordinaria e quella integrativa.

LA DISTRIBUZIONE

Nonostante le riduzioni delle prestazioni previste dal piano di riequilibrio, il Fondo Pensione Agenti continua a garantire agli iscritti una prestazione pensionistica superiore a quella realezzabile con qualsiasi altra forma pensionistica complementare offerta dal mercato, in virtù del raddoppio del contributo versato dall'agente per la parte a carico delle imprese.

Si sottolinea che, con l'azzeramento del disavanzo economico, è ovviamente venuta meno la sospensione dei trasferimenti delle posizioni contributive. Tuttavia, è doveroso sottolineare che le operazioni di riscatto e di trasferimento delle posizioni ad altre forme pensionistiche complementari comportano, a titolo di penalizzazione, la riduzione di un ulteriore 25% del capitale della prestazione ordinaria maturata in aggiunta agli interventi adottati dal piano di riequilibrio, oltre che la perdita della quota di contributo versata dall'impresa mandante. La permanenza nel Fondo, viceversa, consente l'ottimizzazione dell'investimento previdenziale, oltre alla possibilità di beneficiare di prestazioni accessorie quali le pensioni di invalidità e reversibilità.

A tale riguardo, appare opportuno segnalare che alla fine del 2016, il 98% degli aderenti al Fondo ha confermato l'iscrizione per il 2017, versando il relativo contributo che non ha subito mutamenti rispetto a quello dell'anno precedente e che risulta essere così ripartito:

- contribuzione ordinaria 2.691 euro da suddividere al 50% tra impresa e agente;
- contribuzione integrativa 310 euro da suddividere al 50% tra impresa e agente;
- spese di gestione 120 euro da suddividere al 50% tra impresa e agente.

Per i pensionati le spese di gestione ammontano a 12 euro l'anno.

Tra i primi interventi posti in essere al fine di allineare la governance del Fondo alle migliori pratiche di mercato, il nuovo Consiglio di Amministrazione ha deliberato di avviare, anche con il supporto di un consulente esterno specializzato, un'attività di due diligence delle norme statutarie, dei principali atti contrattuali interni e dell'assetto organizzativo del Fondo, per garantire un massimo livello di adeguatezza delle procedure e dei presidi di controllo ed eventualmente individuare gli ambiti ordinamentali nonché le aree organizzative e operative che necessitano di ulteriori interventi di adeguamento.

Collateralmente alle vicende del Fondo Pensione Agenti, si sono insediati anche i nuovi organismi (Consiglio di Amministrazione e Collegio Sindacale) dell'Agenim S.r.l. – società di investimento immobiliare controllata dal Fondo stesso.

Il nuovo Consiglio ha deliberato la diminuzione del numero degli Amministratori e dei Sindaci dell'Agenim, mentre i componenti di entrambi gli organismi hanno rinunciato ai propri compensi determinando una sensibile riduzione dei costi di gestione di circa 163.000 euro l'anno.

1 1

LA FONDAZIONE ANIA E IL FORUM ANIA-CONSUMATORI

LA FONDAZIONE ANIA

LA FONDAZIONE ANIA: UNA NUOVA MISSIONE PER NUOVI TRAGUARDI

Dal 2004, anno della sua istituzione e in accordo con la propria *mission*, la Fondazione ANIA ha lavorato e investito per prevenire e ridurre il numero e la gravità degli incidenti stradali. Con questo obiettivo ha elaborato attività di sensibilizzazione a favore degli utenti della strada per contenere il rischio insito nella circolazione, favorendo non solo il miglioramento dei comportamenti di guida ma anche l'aggiornamento della normativa per una maggiore efficacia delle regole stradali.

Tra le iniziative che hanno cambiato e stanno cambiando la “cultura stradale” ricordiamo, ad esempio, la diffusione del c.d. **guidatore designato** (o BOB), ovvero colui che si prende la responsabilità di non bere per poter riportare a casa gli amici in totale sicurezza e la promozione dei **corsi di guida sicura** in autodromo con piloti professionisti per imparare le tecniche da mettere in atto in situazioni di eventuale pericolo mentre si è al volante (aquaplaning, sottosterzo).

Sul fronte normativo, la Fondazione ANIA ha giocato un ruolo fondamentale nell'introduzione dell'**esame pratico per il rilascio della patente del ciclomotore**, che ha contribuito ad aumentare il livello di abilità di guida per le due ruote e ha fortemente sostenuto l'introduzione del **reato di omicidio stradale** per chi provoca un incidente con morti o con feriti gravi. Questa fattispecie di reato è un deterrente dall'assumere comportamenti di guida pericolosi e, opportunamente comunicato, è una forma di sensibilizzazione finalizzata ad aumentare la consapevolezza del rischio connesso con la guida pericolosa.

In considerazione degli importanti risultati raggiunti in oltre dieci anni di attività in termini di efficacia delle iniziative, del proficuo contributo dato al miglioramento dell'immagine per il settore assicurativo e della capacità di intercettare bisogni nascosti o sottovalutati coniugandola a quella di creare progetti innovativi, ANIA, nell'approvare il nuovo Piano strategico 2016-2018, ha deliberato un rafforzamento della Fondazione ANIA attraverso l'ampliamento del suo scopo sociale. Per la Fondazione ANIA si apre, quindi, una nuova fase della sua storia con traguardi ancora più sfidanti: dall'esclusivo ambito della sicurezza stradale, la nuova *mission* abbraccia i temi della protezione a tutto tondo con l'obiettivo di rispondere ai bisogni di sicurezza delle famiglie, delle imprese e del “sistema-Italia” in generale.

GLI SCENARI DI RIFERIMENTO

Il nostro è un sistema che richiede un supporto, perché da solo non è in grado di rispondere ai crescenti bisogni delle persone e delle imprese.

I cosiddetti *megatrend*, quello demografico, per esempio, o l'onda digitale, generano maggiore necessità e **richiesta di protezione**. Per questo i cittadini avvertono la difficoltà del *welfare* pubblico a rispondere alla crescente domanda di previdenza o salute. Va poi menzionata la necessità di un partenariato pubblico-privato per le catastrofi naturali, per la protezione del proprio patrimonio e della casa. Senza dimenticare la sicurezza sul lavoro, gli investimenti per le imprese e la cultura del risparmio.

L'incidentalità stradale in Italia e in Europa

Nel 2015, secondo i dati ISTAT in Italia, gli incidenti stradali sono stati 174.539, in calo dell'1,4% rispetto al 2014; questi hanno causato 3.428 morti (in aumento dell'1,4% rispetto all'anno precedente) e 246.920 feriti gravi (-1,7% rispetto al 2014). Mediamente, quindi, ogni giorno si sono verificati 478 incidenti, in cui hanno perso la vita 9 persone e altre 676 sono rimaste ferite.

Tavola 1
Morti e feriti
a seguito di incidente
stradale in Italia
dal 2001 al 2015

Anno	Morti		Feriti	
	Numero	Variazione % tendenziale	Numero	Variazione % tendenziale
2001	7.096	0,5	373.286	3,7
2002	6.980	-1,6	378.492	1,4
2003	6.563	-6,0	356.475	-5,8
2004	6.122	-6,7	343.179	-3,7
2005	5.818	-5,0	334.858	-2,4
2006	5.669	-2,6	332.955	-0,6
2007	5.131	-9,5	325.850	-2,1
2008	4.725	-7,9	310.745	-4,6
2009	4.237	-10,3	307.258	-1,1
2010	4.090	-3,5	302.735	-1,5
2011	3.860	-5,6	292.019	-3,5
2012	3.753	-2,8	266.864	-8,7
2013	3.401	-9,4	258.093	-3,2
2014	3.381	-0,6	251.147	-2,7
2015	3.428	1,4	246.920	-1,7

Fonte: ACI, ISTAT

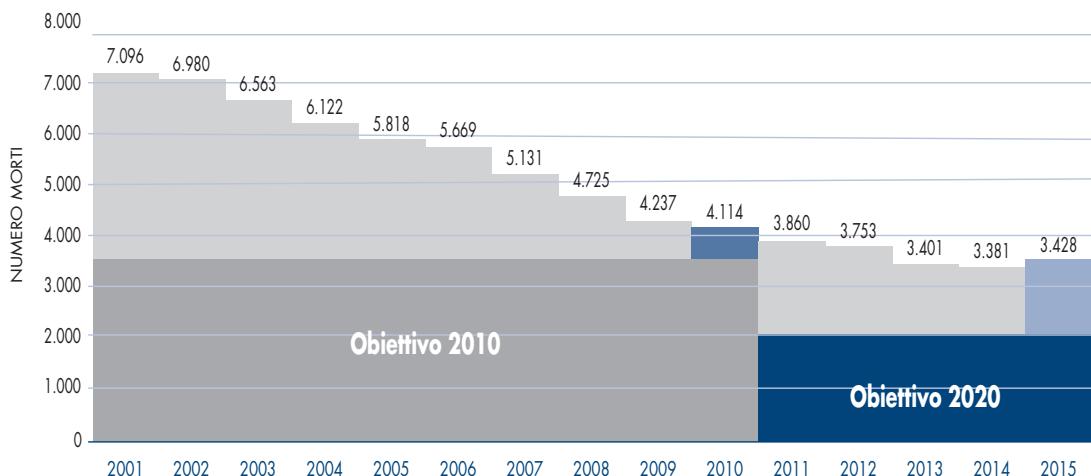
Dai dati di Tavola 1 si evince che, per la prima volta dopo quattordici anni, le vittime di incidenti stradali tornano ad aumentare.

I primi segnali di questa inversione di tendenza si erano già ravvisati nel 2014, quando la riduzione delle vittime aveva subito un forte rallentamento (appena -0,6% rispetto al -9,4% del 2013).

Dal 2011, anno base per il lancio del nuovo obiettivo di dimezzare il numero delle vittime entro il 2020, la riduzione degli eventi mortali sulla strada è ferma al -11,2%: davvero troppo poco per poter raggiungere il nuovo traguardo nei soli cinque anni rimanenti.

LA FONDAZIONE ANIA

Figura 1
Andamento della mortalità per incidente stradale in Italia (elaborazione Fondazione ANIA sulla base di dati ISTAT)



Lo scenario sulla riduzione della mortalità in ambito stradale si presenta con analoghe caratteristiche anche nel resto dell'UE28 dove, nel 2015, con 26.100 vittime si assiste a un aumento della mortalità dello 0,4% (tavola 2). In cinque anni (dal 2011 al 2015) la riduzione delle vittime della strada è stata del 15%, che è sostanzialmente quanto si registrava già nel 2014 (-15,3%) rispetto sempre al 2011.

Tavola 2 – Morti in incidente stradale nei Paesi della UE28

	2011	2012	2013	2014	2015	2015/11	2015/14	Morti per un milione di abitanti	Posizione in graduatoria 1° posto: paese con indicatore più elevato; 28° posto: paese con indicatore più basso
Austria	523	531	455	430	479	-8,4	11,4	56,0	15°
Bielorussia	862	770	723	727	732	-15,1	0,7	65,0	10°
Bulgaria	657	601	601	661	708	7,8	7,1	98,0	1°
Cipro	71	51	44	45	57	-19,7	26,7	67,0	9°
Croazia	418	390	368	308	348	-16,7	13,0	82,0	5°
Danimarca	220	167	191	182	178	-19,1	-2,2	31,0	24°
Estonia	101	87	81	78	67	-33,7	-14,1	51,0	18°
Finlandia	292	255	258	229	266	-8,9	16,2	49,0	20°
Francia	3.963	3.653	3.268	3.384	3.461	-12,7	2,3	54,0	17°
Germania	4.009	3.600	3.339	3.377	3.459	-13,7	2,4	43,0	21°
Grecia	1.141	988	879	795	805	-29,4	1,3	74,0	7°
Irlanda	186	162	188	193	166	-10,8	-14,0	36,0	22°
Italia	3.860	3.753	3.401	3.381	3.428	-11,2	1,4	56,0	16°
Lettonia	179	177	179	212	188	5,0	-11,3	95,0	2°
Lituania	296	302	256	267	242	-18,2	-9,4	83,0	4°
Lussemburgo	33	34	45	35	36	9,1	2,9	64,0	12°
Malta	16	9	17	10	11	-31,3	10,0	26,0	28°
Paesi Bassi	546	562	476	477	531	-2,7	11,3	31,0	25°
Polonia	4.189	3.571	3.357	3.202	2.938	-29,9	-8,2	77,0	6°
Portogallo	891	718	637	638	593	-33,4	-7,1	57,0	14°
Regno Unito	1.960	1.802	1.770	1.854	1.806	-7,9	-2,6	28,0	26°
Repubblica Ceca	772	742	655	688	734	-4,9	6,7	70,0	8°
Romania	2.018	2.042	1.861	1.818	1.893	-6,2	4,1	95,0	3°
Slovacchia	328	352	251	291	274	-16,5	-5,8	51,0	19°
Slovenia	141	130	125	108	120	-14,9	11,1	58,0	13°
Spagna	2.060	1.903	1.680	1.688	1.689	-18,0	0,1	36,0	23°
Svezia	319	285	260	270	259	-18,8	-4,1	27,0	27°
UngHERIA	638	606	591	626	644	0,9	2,9	65,0	11°
UE (28 Paesi)	30.700	28.200	26.000	26.000	26.100	-15,0	0,4	51,6	

Fonente: Community Road Accident Data Base (CARE)

Il tasso di mortalità (morti per milione di abitanti), che permette di standardizzare il livello di mortalità per incidente stradale e consente, quindi, di fare un confronto tra i Paesi dell'UE28, colloca l'Italia al 16° posto nella graduatoria con 56 morti per milione di abitanti, dato superiore sia alla media UE (51,6 morti per milione di abitanti), sia ai valori dei principali Paesi UE con i quali viene generalmente paragonata:

- Francia: 54 morti per milioni di abitanti.
- Germania: 43 morti per milioni di abitanti.
- Spagna: 36 morti per milioni di abitanti.
- Regno Unito: 28 morti per milioni di abitanti.

Il quadro presentato evidenzia dunque l'urgenza di mettere in atto, a livello europeo, politiche strutturali di riduzione dell'incidentalità attraverso programmi mirati e integrati.

IL NUMERO DEGLI INCIDENTI STRADALI CHE HANNO CAUSATO FERITI. ANALISI DI FONTI DIVERSE E ASPETTI METODOLOGICI

L'informazione statistica sull'incidentalità stradale e sul numero di morti e feriti, che viene elaborata annualmente dall'ISTAT, è ottenuta mediante una rilevazione degli incidenti stradali verificatisi sull'intero territorio nazionale ed è limitata ai soli incidenti in cui intervengono le Forze dell'Ordine e che hanno causato lesioni alle persone (morti o feriti). La rilevazione avviene tramite la compilazione di un modello da parte di un'autorità di Polizia (Polizia Stradale, Carabinieri, Polizia Provinciale, Polizia Municipale) che è intervenuta sul luogo dell'accadimento. In particolare, l'ISTAT rileva tutti gli incidenti stradali verificatisi nelle vie o piazze aperte alla circolazione, nei quali risultano coinvolti veicoli (o animali) fermi o in movimento e dai quali sono derivate lesioni a persone. Sono esclusi, pertanto, dalla rilevazione i sinistri con soli danni a cose, quelli per i quali non è stato richiesto l'intervento delle Forze dell'Ordine, quelli che non si sono verificati nelle aree pubbliche di circolazione cioè in aree come cortili, stazioni di servizio, depositi di mezzi di trasporto, strade ferrate riservate esclusivamente al trasporto tranviario o ferroviario e i sinistri in cui non risultano coinvolti veicoli (o animali).

Le informazioni provenienti dalla Polizia Stradale sono spesso utilizzate per misurare l'incidentalità sulle strade italiane in corso d'anno. Però, come si può osservare (tavola 3) il numero delle vittime e quello dei feriti è inferiore a quello riportato dall'ISTAT, in quanto la Polizia Stradale è solo una delle autorità che partecipa alla rilevazione dei dati nazionali raccolti dall'Istituto di statistica. Inoltre, i dati si riferiscono esclusivamente agli incidenti avvenuti sulle autostrade e sulle strade statali, provinciali e comunali: non vengono cioè inclusi gli incidenti avvenuti nei centri urbani.

Tavola 3
Morti e feriti
a seguito di incidente
stradale in Italia
dal 2001 al 2015

Anni	PANEL A: POLIZIA STRADALE				PANEL B	
	Morti		Feriti		Dati ISTAT	
	Numero	Variazione % tendenziale	Numero	Variazione % tendenziale	N. morti	N. feriti
2001	2.309	n.d.	74.169	n.d.	7.096	373.286
2002	2.520	9,1	84.217	13,5	6.980	378.492
2003	2.187	-13,1	72.342	-14,1	6.563	356.475
2004	1.891	-13,5	66.777	-7,7	6.122	343.179
2005	1.860	-1,6	64.997	-2,7	5.818	334.858
2006	1.889	1,6	66.057	1,6	5.669	332.955
2007	1.682	-10,9	63.763	-3,5	5.131	325.850
2008	1.507	-10,4	57.656	-9,6	4.725	310.745
2009	1.295	-14,1	53.756	-6,8	4.237	307.258
2010	1.213	-6,3	51.163	-4,8	4.090	302.735
2011	1.109	-8,6	47.618	-6,9	3.860	292.019
2012	1.018	-8,2	41.645	-12,5	3.753	266.864
2013	902	-11,4	39.896	-4,2	3.401	258.093
2014	852	-5,5	38.188	-4,3	3.381	251.547
2015	841	-1,9	37.632	-1,5	3.428	246.920

Fonte: Polizia Stradale, ISTAT

Secondo i dati rilevati dalla Polizia Stradale anche nel 2015 sarebbe proseguita la riduzione del numero dei morti, tuttavia con un tasso di variazione (-1,9%) pari a meno della metà rispetto a quello registrato nel 2014 (-5,5%) e inferiore a tutti quelli rilevati dal 2007. I dati sull'incidentalità rilevati dall'ISTAT (e a maggior ragione quelli parziali della Polizia Stradale) non possono però essere considerati come rappresentativi del complesso della sinistrosità delle strade italiane. In particolare, il numero totale di incidenti di fonte ISTAT (174.539 nel 2015) rappresenta poco meno del 7% del totale dei sinistri per i quali le imprese di assicurazione hanno ricevuto una denuncia da parte degli assicurati (2.516.869 nel 2015).

Entrando nel dettaglio dei dati assicurativi (tavola 4), va segnalato che, sebbene la maggior parte degli oltre 2,5 milioni di sinistri del 2015 ha riguardato danni ai veicoli o alle cose, una quota significativa di essi (oltre 445 mila con un'incidenza del 17,7%) risulta comprendere anche lesioni, più o meno gravi, a persone coinvolte negli incidenti stradali. Se si effettua un confronto a livello europeo risulta che l'Italia è tra i Paesi in cui la percentuale per numero di sinistri con danno alla persona è più elevata, con un'incidenza circa doppia rispetto a quella della media europea.

Va evidenziato che, a fronte dei 445 mila sinistri con lesioni personali che sono risultati alle imprese di assicurazione nel 2015, vi sono circa 561 mila individui risarciti dal momento che in un sinistro rimane coinvolta, mediamente, più di una persona. Con l'entrata in vigore nel 2007 del sistema di indennizzo diretto, le basi informative delle compagnie sono state riorganizzate in modo che, a partire da tale anno, è possibile disporre anche del numero di conducenti non responsabili e dei trasportati che hanno subito una lesione fisica. Ciò consente di stimare in modo più preciso il numero medio di individui coinvolti in un sinistro: nel 2015 tale valore medio era pari a 1,26 (in lieve riduzione rispetto al 2014).

Va inoltre tenuto presente che i numeri relativi ai feriti e ai morti risultanti al settore assicurativo non comprendono tutte quelle persone che, sebbene coinvolte nel sinistro, non hanno diritto ad alcun risarcimento, come ad esempio il conducente del veicolo responsabile, o chi abbia avuto un incidente singolo, e non tengono conto dei risarcimenti effettuati dal Fondo

di Garanzia Vittime della Strada per sinistri causati da veicoli non assicurati o non identificati. La principale spiegazione della differenza fra i dati raccolti dal settore assicurativo e dall'ISTAT deriva dal fatto che non rientrano nella statistica dell'Istituto tutti quegli incidenti per i quali non è intervenuta un'autorità di forza pubblica e che costituiscono la gran parte dei sinistri. La maggioranza delle lesioni personali risarcite dal settore assicurativo riguarda invece danni di lieve entità che avvengono soprattutto nei centri urbani e per i quali l'intervento della forza pubblica è richiesto molto raramente. Per avere una quantificazione basti pensare che dei 445 mila sinistri con danni alla persona risultanti all'industria assicurativa nel 2015, circa il 95% (ossia oltre 420 mila sinistri) riguarda inabilità temporanee o invalidità permanenti al di sotto dei 9 punti percentuali e di questi oltre il 68% (ovvero 288 mila sinistri) riguarda un'invalidità permanente compresa tra 1 e 2 punti percentuali, corrispondenti a quelli che solitamente vengono riconosciuti come "colpi di frusta". Considerando il numero medio di persone coinvolte in un incidente stradale, a tali sinistri corrispondono circa 360.000 feriti, che può servire a spiegare l'ampio divario che si registra tra le due fonti.

Tavola 4 – Morti e feriti a seguito di un incidente stradale in Italia dal 2000 al 2015 – Imprese assicurative (*)

Generazione di accadimento	Numero totale dei sinistri pagati e a riserva (**)	Incidenza % numero dei sinistri con lesioni alla persona	Numero dei sinistri con lesioni alla persona	Variazione % tendenziale	Numero medio di persone ferite in un sinistro	Numero totale di persone morte e ferite - ANIA
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
2000	4.521.607	17,7%	801.250	n.d.	n.d.	n.d.
2001	4.066.529	18,4%	746.313	-6,9	n.d.	n.d.
2002	3.836.135	17,9%	687.052	-7,9	n.d.	n.d.
2003	3.708.020	18,2%	675.955	-1,6	n.d.	n.d.
2004	3.673.744	19,8%	728.413	7,8	n.d.	n.d.
2005	3.654.072	21,0%	765.953	5,2	n.d.	n.d.
2006	3.661.945	21,0%	768.336	0,3	n.d.	n.d.
2007	3.685.452	21,0%	772.305	0,5	1,25	965.381
2008	3.716.084	21,3%	791.047	2,4	1,30	1.028.362
2009	3.741.283	21,8%	817.467	3,3	1,34	1.092.086
2010	3.535.512	23,1%	816.703	-0,1	1,33	1.088.666
2011	3.109.657	22,4%	696.354	-14,7	1,34	934.027
2012	2.675.840	20,1%	537.743	-22,8	1,31	705.643
2013	2.512.259	19,0%	477.329	-11,2	1,28	610.981
2014	2.455.104	18,5%	454.194	-4,8	1,28	581.449
2015	2.516.869	17,7%	445.486	-1,9	1,26	561.312

(*) Stima basata su tutte le imprese (nazionali e rappresentanze estere) operanti in Italia

(**) Comprensivi della stima dei sinistri I.B.N.R.

Fonte: ANIA

I bisogni e l'incertezza degli italiani

Secondo un'indagine demoscopica condotta nel 2015 da Episteme (per AXA Italia), sette italiani su dieci dichiarano di sentirsi esposti a rischi e sei su dieci di "avere l'impressione di essere circondati da pericoli".

Questo sottintende una domanda di protezione su diversi fronti tra cui la difesa dalle catastrofi naturali dal momento che, secondo le stime del Consiglio nazionale dei

geologi, 24 milioni di italiani vivono in zone sismiche e circa 7 milioni risiedono in zone a rischio idrogeologico (Fonte Ispra).

La fragilità del territorio italiano è nota.

Secondo l'ultimo rapporto ANCE/CRESEM, le aree ad elevata criticità idrogeologica rappresentano il 10% della superficie italiana, pari a circa 30 mila km² e riguardano l'89% dei Comuni, mentre le aree a elevato rischio sismico sono circa il 50% del territorio nazionale con il 38% dei Comuni interessati.

In altri termini, la dimensione del problema si può anche descrivere ricordando che dal 1900 a oggi in Italia sono stati registrati 30 terremoti di intensità superiore al grado 5,8 della scala Richter e che dal 1918 il nostro Paese ha subito 5 mila grandi alluvioni e 12 mila frane (Fonte: Protezione Civile).

Queste calamità comportano una spesa media annua per il contribuente italiano di circa 3 miliardi di euro, una cifra esorbitante che comunque non è sufficiente a far fronte al problema. Basti pensare che lo stanziamento ordinario per le calamità nella Legge di stabilità 2016/2017 era di circa 48 milioni di euro, mentre i danni calcolati a seguito del recente terremoto del centro Italia sono stati stimati in circa 23,5 miliardi di euro.

È evidente che la gestione dell'emergenza da parte dello Stato non può essere l'unica strategia per dare sicurezza agli italiani. Va sviluppata un'adeguata politica di previsione e di prevenzione finalizzata alla riduzione della vulnerabilità del territorio da accompagnare a un maggiore sviluppo della partnership pubblico-privato per la copertura dei rischi. Bisogna, infatti, considerare che se il rischio di particolari catastrofi appare in qualche modo ineluttabile, lo stesso non può dirsi dell'entità dei danni subiti che può essere invece contenuta con adeguate politiche di prevenzione. Il supporto del privato al sistema di finanziamento pubblico per eventi di questa portata non è più rinviabile sulla falsariga di scelte fatte già da molti anni in altri Paesi.

La richiesta di welfare

Secondo il Rapporto Censis ⁽¹⁾, l'insicurezza degli italiani è frutto della visione del proprio futuro (93,9%), del rischio di disoccupazione (87,2%), della possibilità di sperimentare difficoltà di reddito (85,4%), del rischio di non autosufficienza nell'età avanzata (77,5%), della propria vecchiaia (74,1%), della propria salute (63,4%). In generale, due terzi degli italiani (il 62,4%) sono convinti che nel prossimo futuro lo Stato non sarà in grado di rispondere da solo alla domanda di *welfare* dei cittadini.

Questo scenario non migliora se si considera il *sentiment* degli italiani analizzato dal Rapporto Italia di Eurispes (2017). Gli italiani, infatti, a causa della crisi economica si sentono pervasi da un grande senso di incertezza: uno su quattro si sente povero

⁽¹⁾ "L'economia italiana a-ciclica. Rivedere i fondamentali della società italiana – Un Mese di Sociale 2015/1".

(nel 39% dei casi a seguito di una malattia), quasi la metà delle famiglie non riesce ad arrivare a fine mese (soprattutto per i costi legati all'abitazione) e tre famiglie su quattro non riescono a risparmiare.

A tutto ciò si deve aggiungere un altro elemento importante: l'Italia è un Paese sempre più anziano. Nel 2015 **la speranza di vita alla nascita è di 80,1 anni per gli uomini e 84,7 per le donne** (erano 80,7 e 85,6 nel 2014). In UE siamo secondi nella classifica maschile (la Svezia è a 80,4 anni), mentre tra le donne ci superano solo la Spagna (85,8) e la Francia (85,5). Entrambi i dati restano comunque superiori alla media europea, che è rispettivamente di 77,9 e 83,3⁽²⁾.

Tavola 5
Anzianità in Italia

Indicatore	Anno	Valore	Var. % sul 2005
Età media della popolazione	2015	44,4	+4,5
Numero medio di figli per donna	2015	1,35	+0,7
Indice di vecchiaia ⁽³⁾	2015	157,7	+14,2
Indice di dipendenza degli anziani ⁽⁴⁾	2015	33,7	+14,6
Speranza di vita alla nascita - maschi	2015	80,1	+2,6
Speranza di vita alla nascita - femmine	2015	84,7	+1,4
Speranza di vita a 65 anni - maschi	2015	18,7	+7,5
Speranza di vita a 65 anni - femmine	2015	22,0	+4,3

Fonte: ISTAT

Secondo i dati ISTAT riportati in tavola 5, in Italia ci sono molti più anziani che giovani e ogni 100 persone in età lavorativa, 33,7 superano i 65 anni, contro una media europea di 28,1.

Questi due indicatori, insieme alle previsioni demografiche che indicano come il processo di invecchiamento in Italia proseguirà il trend descritto, sono particolarmente importanti perché esprimono il cosiddetto “debito demografico” che un Paese ha nei confronti delle generazioni future in termini di sanità, assistenza e previdenza.

Ciononostante, come denunciato dal Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) 2016-2025⁽⁵⁾, per far fronte alla crisi economica, a partire dal 2010 la scelta politica è stata quella di disinvestire pesantemente dal SSN.

Oltre ai 25 miliardi di euro sottratti al SSN con le manovre finanziarie 2012-2015, la sanità pubblica ha dovuto cedere altri 6,79 miliardi di euro, rispetto a quanto definito nel Patto per la Salute e, proseguendo su questa linea, il DEF 2016 ha previsto nel 2019 una riduzione del finanziamento del SSN pari al 6,5% del PIL, una soglia che non solo mina la qualità dell'assistenza, ma rischia di ridurre l'aspettativa di vita⁽⁶⁾.

⁽²⁾ Istat: Popolazione e famiglie in un flash – 2016.

⁽³⁾ Indice di vecchiaia= (popolazione over 65)/(popolazione 0-14 anni)*100.

⁽⁴⁾ Indice di dipendenza= (popolazione over 65)/(popolazione 15-64 anni)*100.

⁽⁵⁾ GIMBE: Evidence for Health – 2016.

⁽⁶⁾ Ibidem

Il risultato è che ad oggi in Italia la percentuale del PIL destinato alla spesa sanitaria (pubblica e privata) è inferiore alla media dei Paesi OCSE⁽⁷⁾. Rispetto ai Paesi dell'Unione europea, la spesa pubblica è inferiore a quella di Finlandia, Regno Unito, Francia, Belgio, Austria, Germania, Danimarca, Svezia e Olanda, mentre tra i Paesi del G7 siamo ultimi per spesa pubblica e spesa totale, ma secondi solo agli USA per spesa *out-of-pocket*. Questi dati testimoniano inequivocabilmente che la politica ha riversato sui cittadini una consistente quota di spesa pubblica, nonostante le raccomandazioni dell'OCSE⁽⁸⁾ che nel gennaio 2015 richiamava il nostro Paese a “garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa sanitaria non vadano a intaccare la qualità dell'assistenza”.

In questo contesto è del tutto palese che le assicurazioni possono giocare un ruolo importante per ridurre le preoccupazioni degli italiani e, attraverso il trasferimento del rischio legato a un potenziale evento negativo, permettere loro di mantenere il proprio stile di vita e affrontare con serenità imprevisti e vecchiaia.

La Fondazione ANIA, con la sua vocazione di partner a sostegno dei bisogni del cittadino, farà chiaramente la sua parte avviando un'importante opera di sensibilizzazione e informazione su questi temi seguendo, e opportunamente sviluppando, le linee d'azione attivate sinora in tema di sicurezza stradale.

LE LINEE D'AZIONE

Le linee d'azione che la Fondazione ANIA ha seguito per contribuire a ridurre il numero e la gravità degli incidenti stradali possono essere riassunte in tre concetti chiave: prevenzione, nuove tecnologie e comunicazione. Di seguito vengono illustrate le principali evidenze delle attività svolte e, contestualmente, viene anticipata l'estensione a nuovi ambiti operativi.

a) La prevenzione

Le due ruote rappresentano un segmento di forte criticità per la sicurezza stradale a causa della maggiore vulnerabilità di questa tipologia di guidatori, ma anche di una non adeguata formazione alla guida soprattutto dei più giovani.

Nel 2015 in Italia secondo i dati ISTAT, gli incidenti che hanno coinvolto i veicoli a due ruote sono stati circa 26.000 e hanno causato la morte di 878 persone con un incremento del 7,6% (per i motocicli del +9,8%, per i ciclomotori -6,3%) della mortalità per questa tipologia di mezzi rispetto al 2014.

⁽⁷⁾ OECD Health Statistics 2015. How does health spending in Italy compare? July 2015

⁽⁸⁾ OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014

LA FONDAZIONE ANIA

Al nostro Paese spetta il triste primato nell'UE28 per numero di morti sulle due ruote; seguono Francia e Germania rispettivamente con 769 e 701 morti, mentre al quarto posto si trova la Spagna che registra meno della metà delle nostre vittime (389).

Per far fronte a questa criticità e prevenire questo tipo di incidentalità, nel 2016 la Fondazione ANIA ha organizzato due eventi dedicati ai giovani, “**ANIA Campus**” e “**Caserme aperte alla sicurezza stradale**”, finalizzati a promuovere comportamenti corretti alla guida delle due ruote.

Il primo si è svolto in 20 piazze italiane coinvolgendo 1.300 partecipanti, di cui 1.016 ragazzi delle scuole superiori (cfr “l’Assicurazione italiana 2015-2016, pp. 283 e segg.), mentre il secondo è stato realizzato in collaborazione con l’Arma dei Carabinieri che ha messo a disposizione gli spazi di cinque caserme in cui è stato allestito un percorso di guida per le due ruote.

Le attività formative sono state organizzate in moduli di mezza giornata suddivisi in una “fase d’aula”, in cui sono stati affrontati i temi della sicurezza stradale correlati ai comportamenti responsabili, e una “fase pratica” nella quale i ragazzi più grandi si sono potuti cimentare in prove al simulatore di guida, mentre i più giovani hanno avuto modo di testare la loro capacità di viaggiare sulle due ruote.

Le prove con gli istruttori hanno evidenziato ricorrenti difficoltà alla guida, quali: la non corretta posizione e impostazione di guida; problemi di equilibrio; il cattivo uso dei freni; l’impropria gestione dell’accelerazione.

È evidente che mettere in atto questi comportamenti aumenta il rischio stradale e che, quindi, attività formative di questo tipo si confermano non solo utili, ma anche necessarie.

L’iniziativa ha riscosso successo tra i partecipanti, come dimostrano le adesioni raccolte: 27 scuole e più di 1.750 ragazzi coinvolti, oltre 1.800 gadgets distribuiti, in crescita rispetto alle edizioni precedenti.

Un altro importante strumento di prevenzione dell’incidentalità è l’incremento dei controlli su strada. In tal senso, risulta strategica la collaborazione della Fondazione ANIA con Carabinieri e Polizia Stradale.

Nel 2016, grazie alla nuova edizione del progetto “**Adotta una strada**”, sono stati incrementati i controlli su strada per un arco temporale di due mesi per scoraggiare la guida in stato di ebbrezza e il trasporto scorretto dei bimbi in auto.

Le pattuglie dei Carabinieri sono state dotate di etilometri monouso e brochure informative, da distribuire alle persone controllate, sul corretto trasporto in auto dei bambini e sulle conseguenze dei comportamenti irresponsabili al volante. Durante l’operazione sono stati controllati 25.335 veicoli e 32.651 persone, mentre sono stati 3.730 i conducenti sottoposti al test con etilometro.

Le infrazioni del Codice delle Strada più contestate sono state il mancato uso delle cinture di sicurezza (art. 172) con 134 casi e l’eccesso di velocità (art. 141 e 142)

con 127 casi, mentre i punti decurtati sono stati 4.080 e 153 i veicoli sottoposti a sequestro.

I benefici osservati possono essere sintetizzati in: una sensibile diminuzione della sinistralità sulle strade interessate, un'apprezzata attività di sensibilizzazione e un impatto positivo dell'immagine del settore assicurativo che contribuisce all'informazione e diffusione di comportamenti responsabili alla guida, soprattutto a vantaggio degli utenti più deboli (bambini e giovani in generale).

Un ulteriore modo per fare prevenzione in maniera efficace è quello di dare voce alle esperienze dirette. È quanto avviene nel progetto che vede la collaborazione di Fondazione ANIA con la Comunità di San Patrignano attraverso la partecipazione ai *We Free Days* promuovendo la sicurezza stradale con le attività ai simulatori di guida (all'ultima edizione sono state effettuate 500 prove) e il sostegno alla realizzazione di spettacoli teatrali itineranti (35 repliche solo nel 2016 con il coinvolgimento di 10.000 studenti in tutta Italia) durante i quali si affronta anche il tema del rischio stradale quando si guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti.

Uno degli strumenti più efficaci per prevenire l'incidentalità stradale è dato dalla guida responsabile e dalla capacità di reagire correttamente a eventuali situazioni di pericolo improvviso. Per poter imparare in sicurezza le corrette tecniche da assumere al volante sono fondamentali i **corsi di guida sicura**. Dal 2007 al 2015, la Fondazione ANIA ha erogato 7.100 corsi gratuiti a neopatentati (età compresa tra 18 e 26 anni) con risultati molto incoraggianti.

Secondo i dati riferiti ai corsi erogati nel 2015⁽⁹⁾, su 1.000 ragazzi che hanno partecipato al progetto, solo il 2,8%, ricontattati telefonicamente, ha dichiarato di aver avuto un incidente dopo aver partecipato al corso di guida sicura, il 53% ha ammesso di sentirsi più responsabile alla guida e il 73% di essere più reattivo agli imprevisti della strada.

In generale, oltre il 90% dei partecipanti ha ritenuto che il progetto a cui ha partecipato sia stato ottimo e completo in ogni sua parte.

La prevenzione rappresenta, dunque, una linea d'azione fondamentale per contrastare l'incidentalità stradale, ma lo è altrettanto nella tutela e nella messa in sicurezza della persone a 360 gradi.

Porre in essere tutte quelle condotte che permettono di salvaguardare l'individuo e i suoi interessi è fondamentale per evitare di dover far fronte a necessità più gravi che possono insorgere assumendo comportamenti irresponsabili ai danni della propria salute e del proprio portafoglio.

Mutuando dall'esperienza fatta in ambito di sicurezza stradale, per cercare di rispondere alle richieste di protezione e *welfare* della società civile, la Fondazione

⁽⁹⁾ I dati fanno riferimento ai corsi erogati fino a tutto il 2015 valutati a un anno di distanza dal corso quindi dicembre 2016.

ANIA intende avviare una serie di progetti – possibilmente a livello locale per incrementare anche il senso di vicinanza del settore assicurativo alle persone – che favoriscono i corretti stili di vita come forma di prevenzione da problemi di salute e che aiutino le famiglie ad assumere comportamenti corretti nella gestione del reddito e del risparmio al fine di poter avere una vita dignitosa e affrontare la terza età più serenamente.

b) Impatto dell'innovazione tecnologica sulla sicurezza e prevenzione dei danni

Innovazione e sicurezza rappresentano un binomio sempre più inscindibile nella prevenzione dell'incidentalità: basti pensare alla tecnologia, presente a bordo dei veicoli, di assistenza alla frenata, di controllo della velocità e di pre-collisione, solo per citare i più noti.

Le scatole nere fanno parte di questa categoria di dispositivi e la Fondazione ANIA negli anni ha sperimentato questi *device*, soprattutto a favore dei guidatori professionali (autotrasportatori, autisti di bus e taxi), per monitorare i comportamenti di guida, studiare le cause di incidentalità (con particolare riferimento alla distrazione e all'uso del cellulare alla guida) e contrastare il fenomeno delle truffe correlate a incidenti simulati.

Nel 2016 i test con le scatole nere hanno coinvolto per la prima volta anche i veicoli a due ruote.

In particolare è stata avviata l'installazione di 500 dispositivi Viasat e altri 250 modelli della Octocam: questi ultimi sono dotati, oltre che di GPS e accelerometro triassiale, di telecamera per registrare le immagini pre e post evento.

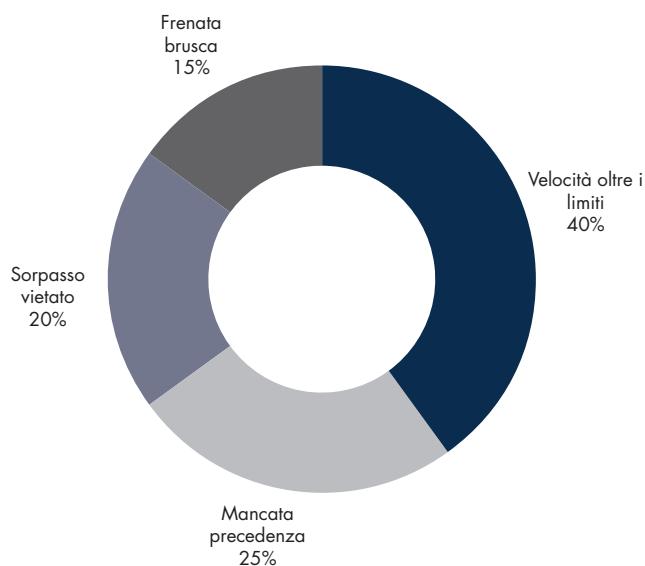
La sperimentazione ha l'obiettivo di monitorare i comportamenti di guida e analizzare le principali cause di incidentalità per poi mettere in campo iniziative di formazione ad hoc.

Le prime analisi dei filmati forniti dai dispositivi Octocam montati su 176 scooter (con almeno 125 c.c.) e 74 motocicli (da strada) raccolti nel periodo autunno-inverno riguardano un totale di oltre 400 mila km percorsi prevalentemente in orario diurno e in area urbana. Più nel dettaglio, i 176 scooter hanno percorso mediamente 1.750 km per un totale di 308.000 km, contro una media di 1.250 km per un totale di 92.500 km dei 74 motocicli.

L'età media dei motociclisti coinvolti nell'esperienza varia dai 30 ai 40 anni e sono prevalentemente uomini (solo il 5% sono donne).

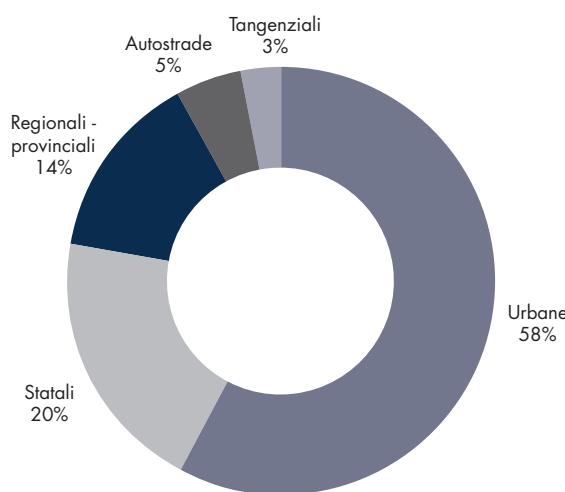
La sperimentazione è ancora in corso ma i dati preliminari indicano che le situazioni di pericolo (figura 3) sono generate dall'alta velocità (40%), dalla mancata precedenza (25%), dal sorpasso vietato (20%) e dalla frenata brusca (15%).

Figura 3
Errori alla guida delle due ruote (Octocam)



Tali comportamenti si rilevano principalmente in area urbana (58%), e nel 20% dei casi sulle statali (figura 4).

Figura 4
Localizzazione errori alla guida delle due ruote (Octocam)



Il settore auto è stato il laboratorio che ha consentito di comprendere l'effettiva potenzialità della tecnologia in chiave di prevenzione.

Se si considera la proliferazione di *device* che aiutano le persone a monitorare il proprio stato di salute e benessere o a tutte quelle applicazioni che riguardano la domotica, si comprende facilmente come questo modello, applicato in ambito auto, sia esportabile per fare prevenzione in altri settori come quelli relativi alla salute, all'indebolimento e all'assistenza delle persone non autosufficienti.

Le nuove tecnologie possono inoltre essere di aiuto nella valutazione dell'adeguatezza dei luoghi in cui si vive e lavora, nonché nell'accelerare le procedure di valutazione dei danni provocati dalle calamità in modo da rendere più rapidi gli interventi di messa in sicurezza.

La tecnologia e l'innovazione rappresentano il futuro dell'offerta assicurativa: piattaforme di servizi e *device* per profilare e fornire gli strumenti di prevenzione, intercettare e anticipare il nuovo modo di dialogare dei *millennials* non sono una sfida futura, ma un modello da realizzare ora. La Fondazione ANIA sarà il luogo dove sperimentare, dove capire e misurare come e quando innovare.

c) La comunicazione e l'immagine sociale del settore assicurativo

Dopo 4 anni di assenza, nel 2016 la Fondazione ANIA è tornata al Meeting di Rimini con uno stand che ha proposto diverse attività di sensibilizzazione e formazione sulla sicurezza stradale.

L'area a disposizione è stata divisa in "angoli tematici" per cercare di intercettare tutte le tipologie di visitatori/utenti della strada. In particolare, è stata dedicata una zona alle esperienze virtuali create dalla Fondazione ANIA (le app "Black Point" e "simulatore di guida", simulatore di guida statico e simulatore di guida dinamico), un'altra ai controlli della vista e all'indagine sulla predisposizione alle apnee notturne (disturbi che possono impattare negativamente sulla sicurezza alla guida) e un'altra ancora all'informazione sulla protezione assicurativa oltre al rischio stradale.

Durante la manifestazione è stato possibile realizzare un'importante attività di promozione delle iniziative consolidate e di quelle nuove, con particolare riferimento a quelle che coinvolgono attivamente il pubblico ("Neopatentati" e "Drive in Italy").

Si è trattato di un momento molto importante di attività di sensibilizzazione a favore della prevenzione dell'incidentalità.

Purtroppo, però, quando la prevenzione non è sufficiente e l'incidente si verifica, i traumi della strada, per la gravità delle conseguenze che producono, determinano un forte impatto emotivo che coinvolge le vittime dell'evento e i loro familiari. Ai danni fisici di un incidente si associano spesso conseguenze psicologiche tali da incidere in maniera rilevante e permanente sulla qualità della vita dei soggetti coinvolti e dei loro congiunti. Partendo da queste considerazioni, la Fondazione ANIA, in collaborazione con la Facoltà di Psicologia dell'Università Sapienza di Roma e con la Polizia Stradale, ha elaborato un progetto triennale, unico al mondo, che si pone l'obiettivo di fornire un **supporto psicologico** a chi, direttamente o indirettamente, è coinvolto in un incidente stradale grave, riducendo la cosiddetta "vittimizzazione secondaria", ovvero la condizione di abbandono che si vive. Dopo aver concluso positivamente il primo anno con la messa a punto del protocollo operativo, il progetto è proseguito nel 2016 con l'espletamento del Bando di concorso per la selezione dei 100 psicologi delle aree pilota interessate dal progetto (Roma, Milano, Firenze e Campobasso) che sono stati ammessi al corso di formazione per l'attività di pronto soccorso psicologico. Le lezioni si sono tenute presso la Facoltà di Psicologia dell'Università La Sapienza di Roma lo scorso mese di ottobre e hanno permesso di completare la fase di creazione della rete di supporto "**ANIA Cares**" che, come da programma, sarà operativa nel terzo anno di progetto, ovvero quello che prevede la fase di contatto e la cura delle vittime.

LA FONDAZIONE ANIA

Nel 2016, inoltre, ANIA Cares è stata arricchita da un'ulteriore componente: il **recupero motorio** dei macrolesi. La Fondazione ANIA, in collaborazione con la Fondazione Universitaria Foro Italico, attiva nel campo della ricerca, della formazione nell'ambito delle attività motorie e dello sport, ha avviato un progetto dedicato al recupero motorio e psicologico di coloro che hanno avuto lesioni traumatiche che impediscono di camminare, utilizzando nuove tecnologie come i sistemi robotici di deambulazione (cd. esoscheletri).

Con questa iniziativa si intende sperimentare l'efficacia riabilitativa di nuovi sistemi tecnologici (esoscheletri); far conoscere le opportunità fornite da questi sistemi nella riabilitazione di gravi traumatizzati; supportare i grandi invalidi nel tornare a compiere una serie di azioni fondamentali nella vita quotidiana; migliorare i processi di accoglienza nei confronti delle vittime da parte dei propri familiari; fornire un supporto psicologico per diminuire i livelli di stress e il senso di difficoltà relativi all'impatto emotivo dell'incidente; evidenziare come il settore assicurativo possa fornire un sostegno e un supporto altamente qualificato ai propri assicurati.

Il progetto prevede, quindi, la realizzazione di un percorso riabilitativo sperimentale, a cui verranno sottoposte trenta persone nell'arco di tre anni, articolato in quattro fasi principali:

- Selezione: individuazione dei pazienti sulla base di specifici requisiti fisici e idoneità clinica, verificati in una visita medica plurispecialistica.
- Addestramento: realizzazione di uno specifico corso per il corretto utilizzo dell'esoscheletro della durata di due mesi con 3/4 sedute per settimana da 120 minuti l'una, tenuto da 2 operatori dedicati e opportunamente formati.
- Allenamento: realizzazione di 2 sessioni di allenamento settimanali di circa 120 minuti ciascuna per la durata complessiva di 34 mesi.
- Supporto psicologico: attivazione di un supporto psicologico finalizzato a rimuovere il trauma psicologico dovuto all'incidente stradale e ad affrontare lo stress dovuto alla complessa attività riabilitativa (a cura degli esperti della Facoltà di Psicologia dell'Università La Sapienza di Roma).

L'attenzione ai bisogni poco espressi e la sensibilità nel capire in quali ambiti le persone hanno necessità di essere sostenute è fondamentale per creare cultura e attenzione, ma soprattutto per ridurre la percezione di incertezza e rischio.

Per questa ragione, la Fondazione ANIA nel prossimo futuro intende realizzare un'importante attività di informazione su come riconoscere, gestire correttamente e fronteggiare eventuali situazioni di crisi, come quelle generate dalle calamità naturali, dall'insorgenza di problemi di autosufficienza o dalla sopravvenienza di difficoltà economiche.

A tal fine potranno essere realizzati, a titolo di esempio: vademecum informativi che aiutino a distinguere le situazioni di pericolo e a fornire le indicazioni su quali comportamenti attuare per mettersi in sicurezza, programmi di informazione e sensibilizzazione sui corretti stili di vita unitamente a progetti di prevenzione delle patologie correlate alla non autosufficienza, iniziative di formazione per una corretta gestione del reddito e del risparmio e per la diffusione della cultura della previdenza integrativa.

IL FORUM ANIA-CONSUMATORI

IL FORUM ANIA-CONSUMATORI

Il Forum ANIA-Consumatori è una fondazione costituita da ANIA a cui partecipano rappresentanti delle imprese assicuratrici, delle associazioni dei consumatori e personalità indipendenti. Fanno parte del Forum e siedono nel suo organo direttivo nove associazioni dei consumatori rappresentative a livello nazionale: Adiconsum, Adoc, Cittadinanzattiva, Codacons, Federconsumatori, Lega Consumatori, Movimento Consumatori, Movimento Difesa del Cittadino, Unione Nazionale Consumatori.

All'interno del Forum, imprese e associazioni dialogano su temi importanti per il settore e la società nel suo complesso e sviluppano, attraverso la fondazione, numerose attività che riguardano tre specifiche aree d'interesse: welfare, cultura assicurativa e accordi con le associazioni dei consumatori ai fini del miglioramento del servizio offerto agli assicurati.

WELFARE

All'interno del Forum ANIA-Consumatori è proseguito il confronto sull'attuale modello di welfare, sui nuovi assetti che si vanno delineando e sul ruolo sociale dell'assicurazione in questo contesto. In tale ambito, il Forum realizza numerose attività di analisi e studi, in collaborazione con importanti centri di ricerca e istituti accademici.

Nel corso del 2016 sono state sviluppate numerose iniziative: in primo luogo, sono stati presentati i risultati del terzo monitoraggio condotto dall'Osservatorio sulla vulnerabilità economica e finanziaria delle famiglie italiane, realizzato in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano.

Inoltre, il Forum ha sviluppato insieme al Censis e alle associazioni dei consumatori il programma “Gli scenari del welfare”, una serie di approfondimenti finalizzati alla valorizzazione delle proposte comuni in tema di welfare.

Il Forum, infine, ha partecipato alla realizzazione del “III rapporto sul secondo welfare in Italia”, dedicato alle nuove forme di copertura e di servizi di welfare sviluppate in Italia per rispondere ai bisogni non soddisfatti dal sistema pubblico. Tale rapporto è stato sviluppato nell'ambito del progetto “Percorsi di Secondo Welfare”, nato su iniziativa del Centro di Ricerca Luigi Einaudi di Torino, a cui partecipano imprese, fondazioni, sindacati ed enti locali e sarà presentato alla fine del 2017.

La vulnerabilità economica delle famiglie italiane

Il Forum ANIA-Consumatori ha costituito un Osservatorio che mira ad analizzare i profili di vulnerabilità finanziaria delle famiglie italiane e la loro capacità di gestire i rischi.

IL FORUM ANIA-CONSUMATORI

Esso nasce non solo per analizzare e rendere oggettivamente misurabile un fenomeno dalle profonde implicazioni sociali, ma anche per fornire alle famiglie strumenti conoscitivi utili ad aumentare il loro grado di consapevolezza sulla crisi economica e il progressivo restringimento delle garanzie dello stato sociale, che sta aumentando sempre più il loro grado di esposizione nei confronti degli shock esterni – quali la perdita del lavoro, la riduzione delle ore lavorative, l’assistenza improvvisa agli anziani, le malattie e gli incidenti – e rendendo più problematica la difesa del loro benessere.

L’Osservatorio è sviluppato dal Forum in collaborazione con l’Università degli Studi di Milano. Ai lavori dell’Osservatorio hanno contribuito – in forme e momenti diversi – numerosi enti, associazioni e centri di ricerca: l’Istituto GFK Eurisko, l’Istituto Eumetra Monterosa, il Forum delle Associazioni Familiari, gli Stati Generali delle Donne, l’Azienda Servizi alla Persona (ASP) del Comune di Bologna.

Frutto di questo lavoro condiviso sono tre rapporti (2010, 2013 e 2016) che, anche attraverso la realizzazione di uno specifico indice di vulnerabilità, hanno misurato l’evoluzione appunto della vulnerabilità economica delle famiglie italiane e hanno analizzato le variabili economiche e socio-demografiche più significative che la determinano.

Il Rapporto 2016

L’ultimo elaborato dell’Osservatorio è il frutto di due distinti progetti di ricerca intitolati “Vulnerabilità finanziaria delle famiglie italiane: analisi di trend” e “La gestione al femminile del bilancio familiare”.

Il primo descrive l’evoluzione dell’indice di vulnerabilità ed evidenzia i principali fattori di rischio, fornendo un quadro oggettivo e misurabile dei cambiamenti in atto nella nostra società. Inoltre, in questa sezione vengono approfondite le cause e i sintomi della vulnerabilità, oltre che le caratteristiche dei nuclei familiari più fragili. Il secondo verte invece sul tema della gestione al femminile del bilancio familiare e dedica quindi attenzione a un segmento particolare della popolazione oggetto di studio, costituito dalle capofamiglia donne.

I principali risultati del rapporto sono stati presentati nel corso di un convegno nazionale svoltosi a Roma il 24 novembre 2016, a cui sono intervenuti autorevoli rappresentanti del mondo accademico, economico e sociale.

I DATI SIGNIFICATIVI DEL RAPPORTO

Il monitoraggio indica una, seppur lieve, attenuazione del trend visto che l’indice di vulnerabilità diminuisce del 13%: infatti, su una scala da 0 a 10 (dove il valore 10 indica la massima vulnerabilità) passa da un valore medio di 3,164 nel 2013 a 2,750 nel 2016.

IL FORUM ANIA-CONSUMATORI

Tavola 1 – Statistica descrittiva dell’indice di vulnerabilità finanziaria: confronto 2013 vs 2016

Variabile	Media	Mediana
Indice di vulnerabilità 2013	3,164	2,662
Indice di vulnerabilità 2016	2,750	2,121

Secondo l’analisi condotta dai ricercatori, tre italiani su cinque hanno problemi economici: il 40,1% delle famiglie dichiara di arrivare a fine mese con alcune difficoltà, il 13,3% con molta difficoltà, mentre il 7,9% degli intervistati non ce la fa proprio.

Questo disagio si traduce nel dato del 16,5% di famiglie che non sarebbe in grado di far fronte a una spesa imprevista importante, nell’ordine convenzionale di 700 euro. Altro termometro delle situazioni di fragilità è la rinuncia a un’eventuale visita medica per ragioni economiche, che cresce dal 34,4% della precedente rilevazione (2013) all’attuale 37,2%.

Dal punto di vista dell’analisi dei fattori della vulnerabilità, un aspetto che emerge è l’accresciuto peso delle determinanti economico-finanziarie. Fra quelle socio-demografiche, il dato più significativo è la maggiore vulnerabilità delle famiglie con capofamiglia donna e delle famiglie numerose.

Dall’indagine emerge anche la rilevanza dell’area geografica di residenza: infatti, gli individui residenti nel sud Italia e nelle isole hanno un valore dell’indice di vulnerabilità superiore agli abitanti del settentrione, a parità di condizioni socio-demografiche e finanziarie.

Risultano inoltre particolarmente rilevanti gli shock esterni connessi a condizioni lavorative e quelli che determinano riduzioni del reddito e aumenti di spesa: il 24% degli intervistati ha subito la perdita del lavoro ovvero una riduzione delle ore lavorative, il 13,4% del campione è stato interessato da malattie, decessi e invalidità nell’ultimo anno, mentre il 7,5% ha vissuto una separazione negli ultimi tre anni.

Si conferma, infine, il contributo dell’educazione finanziaria alla riduzione della vulnerabilità.

VOLUME “TRA DIFFICOLTÀ E NUOVI EQUILIBRI”

Nel 2016 è proseguito lo sviluppo delle collane di volumi del Forum ANIA-Consumatori sul tema della vulnerabilità economica delle famiglie italiane, in collaborazione con l’editore Franco Angeli, con la nuova pubblicazione “*La vulnerabilità economica delle famiglie italiane. Tra difficoltà e nuovi equilibri*”.

Il volume è costituito da due parti complementari. Nella prima è pubblicato il terzo monitoraggio sulla vulnerabilità economica delle famiglie, condotto dall’Università degli Studi di Milano. La seconda parte, sviluppata dall’Istituto di ricerca Eumetra Monterosa, verte invece sul tema della gestione al femminile del bilancio familiare.



IL FORUM ANIA-CONSUMATORI

Programma “Gli scenari del welfare”

Nel 2016 e nel corso di quest’anno, il Forum ANIA-Consumatori ha sviluppato il programma “Gli scenari del welfare”, una serie di approfondimenti sui temi delle pensioni, della sanità, dei problemi dell’invecchiamento e della necessità di assistenza, realizzati dal Censis e dalle associazioni dei consumatori che fanno parte del Forum.

Tale programma nasce con l’obiettivo di valorizzare le “Proposte per un welfare equo e sostenibile” del Forum ANIA-Consumatori: otto proposte condivise da assicuratori e consumatori per promuovere trasparenza, equità, efficienza e affidabilità del sistema italiano di welfare, nonché per stimolare *decision makers* e opinione pubblica sulle conseguenze dell’evoluzione demografica del nostro Paese.

Le presentazioni dei risultati delle iniziative realizzate dal Censis e dalle associazioni dei consumatori hanno visto la partecipazione – oltre a rappresentanti di ANIA e del Forum ANIA-Consumatori – di rappresentanti delle istituzioni, del mondo accademico e sociale.

Progetto “Percorsi di secondo welfare”

Il progetto “Percorsi di secondo welfare” è nato nell’aprile 2011 su iniziativa del Centro di Ricerca Luigi Einaudi di Torino. Si tratta di un laboratorio di ricerca diretto dall’Università degli Studi di Milano, a cui partecipano, oltre al Forum ANIA-Consumatori, imprese, enti e fondazioni prestigiose, quali Compagnia di San Paolo, Fondazione Cariplo, Corriere della Sera, KME, Luxottica, Fondazione con il Sud, Fondazione Cariparo, Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo, CISL Piemonte, CISL Lombardia e il Comune di Torino.

Il progetto nasce con l’obiettivo di individuare e valorizzare strategie di intervento e integrative, che consentano di accelerare i tempi della transizione. Una strategia promettente appare essere oggi quella di promuovere il cosiddetto “secondo welfare”: un mix di protezioni e investimenti sociali a finanziamento non pubblico, fornite da una vasta gamma di attori economici e sociali, tra i quali in primis le imprese di assicurazione.

CULTURA ASSICURATIVA

Uno degli scopi statutari del Forum è sviluppare iniziative di informazione e di educazione sui temi assicurativi per consentire scelte consapevoli da parte dei consumatori. I rappresentanti delle associazioni dei consumatori e delle imprese assicuratrici che compongono il Forum ritengono infatti indispensabile che i cittadini dispongano delle conoscenze necessarie prima di prendere decisioni finanziarie importanti per loro stessi e per le loro famiglie.

Alcune conoscenze di base sono necessarie, ad esempio, per pianificare i costi dell’istruzione dei figli, per una gestione ponderata del credito, per ottenere una copertura assicurativa adeguata e per prepararsi al meglio alla pensione.

IL FORUM ANIA-CONSUMATORI

Perseguendo l'obiettivo di educare giovani e adulti a una maggiore consapevolezza rispetto a tali temi, il Forum ANIA-Consumatori nell'ambito della formazione assicurativa per operatori e quadri delle associazioni dei consumatori, ha realizzato una collana di guide intitolata "L'assicurazione in chiaro" mentre nell'ambito di iniziative culturali ha istituito il "Gran Premio della Matematica Applicata" e realizzato la campagna di sensibilizzazione "Io e i rischi", con l'obiettivo di diffondere la cultura assicurativa nelle scuole e nelle famiglie.

Nello sviluppo di queste iniziative, il Forum si avvale, oltre che del contributo delle associazioni dei consumatori, dell'autorevole collaborazione di associazioni di docenti, università, fondazioni culturali.

Nel 2017, oltre alle partnership già consolidate, si sono aggiunti anche due importanti attori della rete distributiva: infatti, il Sindacato Nazionale Agenti (SNA) e l'Associazione Italiana Brokers di Assicurazione e Riassicurazione (AIBA), hanno siglato con il Forum due distinti accordi volti a valorizzare le attività in tema di formazione e di educazione assicurativa.

In futuro, alcune delle iniziative culturali del Forum ANIA-Consumatori saranno sviluppate anche con il contributo della Fondazione ANIA.

L'assicurazione a scuola con "Io e i rischi"

Il Forum ANIA-Consumatori ha realizzato un programma educativo poliennale denominato "Io e i rischi", che ha l'obiettivo di promuovere nelle nuove generazioni maggiore consapevolezza sui temi della prevenzione e della gestione dei rischi.

Questa iniziativa, realizzata in collaborazione con l'Associazione Europea per l'Educazione Economica (AEEE Italia) e la consulenza scientifica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano e dell'Università Bocconi di Milano, ha ottenuto il Patrocinio dell'Istituto Nazionale di Documentazione, Innovazione e Ricerca Educativa.

"Io e i rischi" è citato nel rapporto "L'educazione finanziaria in Italia: oggi e domani. Il primo censimento nazionale delle iniziative promosse sul territorio", presentato presso Banca d'Italia il 18 gennaio 2017, in cui sono illustrati i principali programmi di educazione finanziaria, assicurativa e previdenziale realizzati nel nostro Paese.

Inoltre, attraverso questo programma educativo, il Forum ANIA-Consumatori partecipa – insieme a Banca d'Italia, Anasf, ABI – al tavolo di confronto sull'educazione finanziaria organizzato dall'Ufficio Scolastico Regionale della Lombardia. "Io e i rischi", infine, è inserito da Insurance Europe tra le *best practices* di educazione finanziaria realizzate dal settore assicurativo a livello europeo.

Da un punto di vista pratico, si tratta di un percorso formativo per gli studenti delle scuole medie e delle superiori, che si sviluppa attraverso: lezioni in classe condotte dai loro stessi docenti; concorsi; conferenze; spettacoli teatrali che hanno per oggetto i contenuti presenti nei moduli didattici (rischio, prevenzione e mutualità); materiale informativo diretto alle famiglie con bambini.

Nel corso di sei anni di attività, lo schema educativo ha coinvolto oltre 90.000 studenti da scuole di ogni regione italiana.

IL FORUM ANIA-CONSUMATORI

Gran Premio di Matematica Applicata

Il “Gran Premio di Matematica Applicata” è una iniziativa connessa alle attività educative “Io e i rischi” per gli studenti delle superiori, che viene sviluppata in collaborazione con la Facoltà di Scienze Bancarie, Finanziarie e Assicurative (corso di laurea in Scienze Statistiche e Attuariali) dell’Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, con il patrocinio della Regione Lombardia e del Consiglio Nazionale degli Attuari.

Il “Gran Premio” è concepito per consentire ai ragazzi di valorizzare le proprie competenze logico-matematiche da spendere nelle diverse situazioni della vita. I quiz propongono, infatti, problemi che si risolvono applicando alla vita reale modelli matematici intuitivi.

Attraverso questa iniziativa, il Forum si propone di valorizzare le competenze matematiche dei ragazzi e avvicinarli all’aspetto più concreto di questa disciplina, nonché sensibilizzare gli studenti sulle opportunità professionali che si aprono per chi intraprende un percorso universitario in scienze statistiche e attuariali.

Nel corso dell’anno scolastico 2016/2017, “Il Gran Premio di Matematica Applicata” è riuscito a coinvolgere oltre 7.500 studenti, provenienti da 104 istituti superiori, 38 province e 12 regioni, da nord a sud della penisola.

AGENZIA NAZIONALE PER L’EDUCAZIONE FINANZIARIA

Il 17 febbraio 2017 è stato convertito in legge il d.l. 23 dicembre 2016, n. 237, recante disposizioni urgenti per la tutela del risparmio nel settore creditizio (Decreto Banche 2016). Per quanto concerne il tema dell’educazione finanziaria, è di particolare interesse l’articolo 24 bis della legge, introdotto in sede di conversione, che reca una serie di “Disposizioni generali concernenti l’educazione finanziaria, assicurativa e previdenziale”.

L’articolo è il risultato di un lungo approfondimento svolto parallelamente da entrambe le Camere, che già nei mesi precedenti avevano avviato una riflessione sul tema nell’ambito dell’esame di provvedimenti diversi. La conversione del d.l. Banche 2016 ha rappresentato l’occasione per coinvolgere soggetti pubblici e privati nella discussione e dare impulso legislativo alle norme. ANIA, invitata a offrire il proprio contributo in sede di audizione parlamentare e di convegni, ha illustrato in più occasioni le iniziative avviate per favorire la consapevolezza del consumatore ritenendo un valore fondamentale la promozione di una nuova cultura di gestione ottimale del risparmio.

Andando più nel dettaglio, il testo del suddetto articolo prevede “misure ed interventi intesi a sviluppare l’educazione finanziaria, assicurativa e previdenziale. Tali disposizioni assicurano l’efficacia, l’efficienza e la sistematicità delle azioni dei soggetti pubblici e privati in tema di educazione finanziaria, assicurativa e previdenziale e riconoscono l’importanza dell’educazione finanziaria quale strumento per la tutela del consumatore e per un utilizzo più consapevole degli strumenti e dei servizi finanziari offerti dal mercato”.

IL FORUM ANIA-CONSUMATORI

Altri aspetti particolarmente rilevanti sono la formalizzazione di una strategia e di un comitato istituzionale che si occuperà del tema dell'educazione finanziaria negli anni a venire. Infatti, ai commi 3, 6 e 8 e 10: “Il Ministero dell'Economia e delle Finanze, d'intesa con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, adotta, nell'ambito delle risorse disponibili alla legislazione vigente, il programma per una ‘Strategia nazionale per l'educazione finanziaria, assicurativa e previdenziale’. “Per l'attuazione della Strategia nazionale (...) istituisce il Comitato per la programmazione e il coordinamento delle attività di educazione finanziaria, con il compito di promuovere e programmare iniziative di sensibilizzazione ed educazione finanziaria”.

“Il Comitato, composto da undici membri, è presieduto da un direttore, nominato dal Ministro dell'Economia e delle Finanze, d'intesa con il Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, scelto fra personalità con comprovate competenze ed esperienza nel settore. I membri diversi dal direttore, anch'essi scelti fra personalità con comprovate competenze ed esperienza nel settore, sono designati: uno dal Ministro dell'Economia e delle Finanze, uno dal Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, uno dal Ministro dello Sviluppo Economico, uno dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, uno dalla Banca d'Italia, uno dalla Commissione nazionale per le società e la borsa (CONSOB), uno dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS), uno dalla Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione (COVIP), uno dal Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti, uno dall'Organismo di vigilanza e tenuta dell'albo unico dei consulenti finanziari (OCF).

“Tale Comitato ha il compito di individuare obiettivi misurabili, programmi e azioni da porre in essere, valorizzando le esperienze, le competenze e le iniziative maturate dai soggetti attivi sul territorio nazionale e favorire la collaborazione tra i soggetti pubblici e privati”.

Collana di guide “L'Assicurazione in chiaro”

Il Forum ANIA-Consumatori ha realizzato una collana di guide intitolata “L'Assicurazione in chiaro”, che ha l'obiettivo di illustrare al grande pubblico, con un linguaggio semplice e concreto, i temi assicurativi di maggiore interesse per i consumatori.

La terza pubblicazione della collana, presentata a novembre 2016, si intitola “L'assicurazione vita” e illustra in maniera chiara ed esaustiva cosa sono e come funzionano le diverse tipologie di polizze, fornendo al lettore ogni informazione utile al riguardo.

In particolare vengono spiegate le caratteristiche di questa copertura, le diverse categorie di assicurazione vita esistenti (risparmio o investimento, protezione, previdenza complementare), i soggetti coinvolti nella fase contrattuale (impresa, contraente, assicurato e beneficiario), le principali norme che regolano il rapporto tra impresa e cliente, le garanzie accessorie, il trattamento fiscale previsto per chi possiede questo tipo di polizza.

Le precedenti pubblicazioni della collana “L'Assicurazione in chiaro” riguardavano l'assicurazione r.c. auto – di cui è stata realizzata una seconda edizione aggiornata



IL FORUM ANIA-CONSUMATORI

a maggio 2017 – e il tema della distribuzione assicurativa. Tutti i volumi sono disponibili in formato elettronico sui siti internet del Forum ANIA-Consumatori (www.forumaniaconsumatori.it) e del programma educativo “Io e i rischi” (www.ioeirischi.it). Inoltre, sono messi a disposizione del pubblico anche attraverso i siti internet delle associazioni dei consumatori e delle imprese interessate. Nel corso del 2017, il Forum ANIA-Consumatori realizzerà e pubblicherà una nuova guida dedicata al tema dell’assicurazione per la casa e la famiglia.

Sviluppo di accordi con le associazioni dei consumatori per il miglioramento del servizio assicurativo

Protocollo d’intesa con le associazioni dei consumatori in tema di assicurazioni vita

Con l’obiettivo di fornire un migliore servizio agli assicurati, le associazioni dei consumatori che fanno parte del Forum ANIA-Consumatori hanno siglato un Protocollo d’Intesa con ANIA volto a promuovere e facilitare l’implementazione del “Codice di autoregolamentazione in materia di procedura di liquidazione delle prestazioni caso morte nei contratti di assicurazione sulla vita”, realizzato da ANIA nel 2016.

In particolare, attraverso tale Protocollo, ANIA e associazioni dei consumatori hanno dichiarato che:

- condividono obiettivi e previsioni del “Codice di autoregolamentazione”;
- presenteranno congiuntamente il Protocollo d’intesa all’IVASS;
- rappresenteranno congiuntamente alle Autorità competenti le criticità della normativa vigente riguardo all’atto di notorietà ed elaboreranno proposte di possibili alternative;
- sensibilizzeranno il Garante per la Protezione dei Dati Personalini sulle criticità nel recupero della documentazione sanitaria relativa alle persone decedute;
- cercheranno di concludere accordi con le associazioni rappresentative degli operatori sanitari e di coinvolgere altri importanti stakeholder (Notai);
- collaboreranno per sviluppare soluzioni conciliative di natura paritetica che permettano ai consumatori di rivolgersi a una delle associazioni dei consumatori firmatarie per tentare di risolvere una controversia sorta con una impresa in relazione a quanto disciplinato dal “Codice di autoregolamentazione”.

Nel 2017, ANIA e le associazioni dei consumatori si sono incontrati periodicamente per discutere dei contenuti e degli obiettivi del Protocollo d’intesa e hanno aperto una costruttiva interlocuzione con il Garante per la Protezione dei Dati Personalini per iniziare ad analizzare le difficoltà che beneficiari e imprese di assicurazione incontrano, nell’ambito della procedura di liquidazione, per l’accesso alla documentazione sanitaria relativa a persone decedute e per individuare le soluzioni più idonee a superare tali criticità.

12

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

LIBRO BIANCO SUL FUTURO DELL'EUROPA E BREXIT

In vista dei 60 anni dei Trattati di Roma, il presidente della Commissione europea, Jean-Claude Juncker, ha presentato il 1° marzo scorso il “libro Bianco sul futuro dell’Europa”.

Il Libro bianco esamina il modo in cui l’Europa cambierà nel prossimo decennio (dall’impatto delle nuove tecnologie sulla società e l’occupazione ai dubbi sulla globalizzazione, le preoccupazioni per la sicurezza e l’ascesa del populismo) e la scelta che si troverà a fare: subire passivamente queste tendenze o guiderle e cogliere le nuove opportunità che offrono. Mentre altre parti del mondo si espandono, la popolazione e il peso economico dell’Europa diminuiscono. Entro il 2060 nemmeno uno degli Stati membri raggiungerà l’1% della popolazione mondiale, ragione pressante per restare uniti e ottenere maggiori risultati. La prosperità dell’Europa, forza globale positiva, continuerà a dipendere dalla sua apertura e dai forti legami con i partner.

Il Libro bianco delinea cinque scenari, ognuno dei quali fornisce uno spaccato di quello che potrebbe essere lo stato dell’Unione da qui al 2025, a seconda delle scelte che l’Europa effettuerà. Gli scenari, che contemplano una serie di possibilità e hanno carattere illustrativo, sono i seguenti: (i) “Avanti così”, ovvero lo status quo, con progressi ai margini, come avviene attualmente; (ii) “Solo il mercato unico”, cioè una rifocalizzazione dell’Europa sul solo mercato unico; (iii) “Chi vuole di più fa di più”, una Europa delle cooperazioni rafforzate e dei cerchi concentrici per chi vuole avanzare più rapidamente verso una maggiore integrazione; (iv) “Fare in modo più efficiente”, un’Unione che si concentra solamente su alcuni ambiti per essere più efficace; (v) “Fare molto di più insieme”, scenario di integrazione politica spinta a 27.

La Commissione europea, inoltre, contribuirà al dibattito nei prossimi mesi con una serie di documenti di riflessione:

- sullo sviluppo della dimensione sociale dell’Europa;
- sull’approfondimento dell’Unione economica e monetaria sulla base della relazione dei cinque presidenti del giugno 2015;
- sulla gestione della globalizzazione;
- sul futuro della difesa europea;
- sul futuro delle finanze dell’UE.

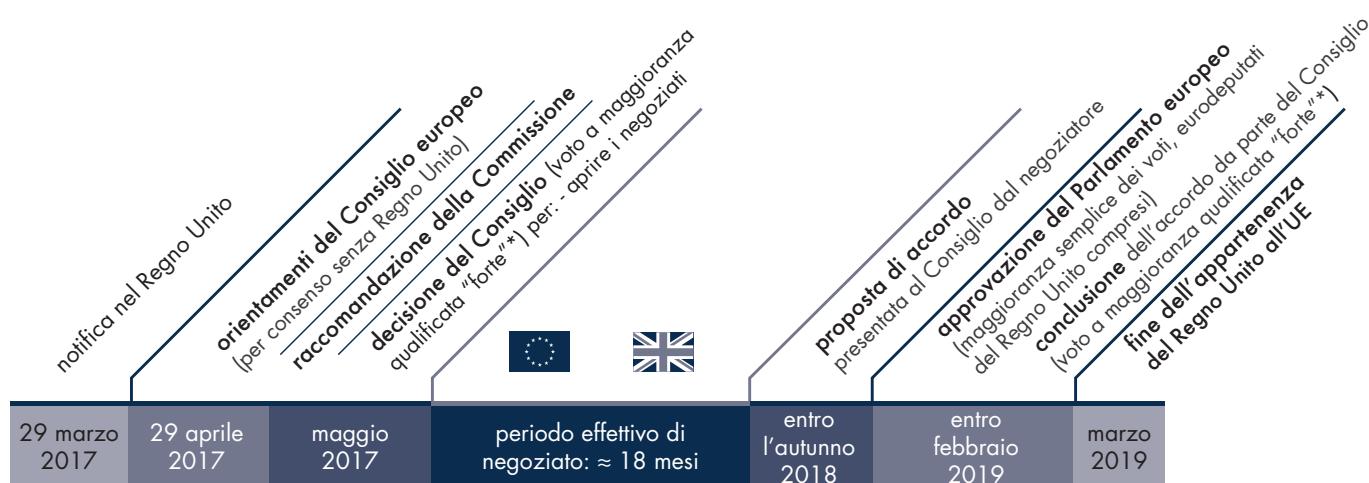
Alla stregua del Libro bianco, i documenti di riflessione esporranno idee, proposte, opzioni e scenari diversi per l’Europa nel 2025, senza presentare, a questo stadio, decisioni definitive.

La pubblicazione del Libro Bianco ha preceduto di qualche settimana la formale richiesta del Regno Unito di uscire dall’Unione Europea. Il 29 marzo, infatti, il governo britannico ha invocato l’art. 50 del Trattato sull’Unione Europea.

In breve l’articolo 50 del trattato sull’Unione europea prevede un meccanismo di recesso volontario e unilaterale di un Paese dall’Unione Europea. Il Paese che decide di recedere, deve notificare la sua intenzione al Consiglio europeo, il quale presenta

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

i suoi orientamenti per la conclusione di un accordo volto a definire le modalità del recesso. Su questo punto il Consiglio, ovvero i capi di Stato e di Governo dei 27, senza la partecipazione della Gran Bretagna, delibera a maggioranza qualificata, previa approvazione del Parlamento europeo. I trattati, dice la norma, cessano di essere applicabili al Paese interessato a decorrere dalla data di entrata in vigore dell'accordo di recesso o due anni dopo la notifica del recesso, nel caso non si riesca a trovare un accordo. Il Consiglio può decidere all'unanimità di prolungare questo termine.



* voto a maggioranza qualificata "forte" = 72% dei 27 Stati membri, ossia 20 Stati membri che rappresentino almeno il 65% della popolazione dell'UE a 27

CAPITAL MARKETS UNION

Nel quadro del Piano d'azione per la realizzazione di un'unione del mercato dei capitali (CMU), del 30 settembre 2015, la Commissione europea ha lanciato, il 20 gennaio 2017, una pubblica consultazione al fine di ottenere suggerimenti sulla "mid-term review" del processo di completamento della CMU.

Il Piano di azione della CMU, del settembre 2015, prevedeva la pubblicazione di un rapporto sullo stato di avanzamento (*mid-term review*) nel mese di giugno 2017; la pubblicazione dovrà tener conto anche del contesto in evoluzione (es. Brexit) e dei risultati emersi dalla consultazione (*Call for Evidence*) dello scorso anno sul quadro regolamentare sui servizi finanziari.

La nuova consultazione, il cui termine è il 17 marzo 2017, è strutturata seguendo i 6 capitoli dell'*action plan* e chiede di proporre eventuali azioni aggiuntive o eventuali miglioramenti delle misure di *policy* previste, spiegandone i vantaggi e le eventuali criticità per la loro implementazione.

Dal testo in consultazione emerge come alcune criticità, poste alla data di lancio dell'*action plan*, siano ancora presenti, tra cui il livello di sviluppo dei canali alter-

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

nativi di credito per società in crescita e, in particolare per le piccole e medie imprese, ancora su livelli bassi; difficoltà di raccolta di capitale per le PMI, a causa soprattutto delle barriere informative tra la società e i potenziali investitori/finanziatori e degli ostacoli alla quotazione; una carenza di investimenti fissi lordi, attribuibile principalmente a una riduzione degli investimenti privati; un mercato delle cartolarizzazioni ancora debole; un mercato dei *covered bonds* frammentato e concentrato in pochi Stati Membri e un mercato dei *private placements* in crescita, ma anch'esso limitato a un numero esiguo di Stati Membri (Francia e Germania in particolare).

Tra le azioni di particolare interesse per il settore, si segnalano:

- In tema di finanziamento di società che operano nel campo dell'innovazione, start-up e società non quotate:
 - promozione del mercato dei *private placements*: a dicembre 2016 è stato lanciato uno studio per identificare le barriere regolamentari e di mercato che impediscono lo sviluppo di tale tipologia di strumento. La Commissione supporta le iniziative di mercato già avviate sul tema e i prossimi passi vedranno la formulazione di *best practices* e la loro promozione attraverso gli Stati Membri.
- In tema di investimenti di lungo periodo, in infrastrutture e in investimenti sostenibili:
 - revisione delle calibrazioni relative agli investimenti delle compagnie di assicurazione in progetti infrastrutturali (sia in forma azionaria sia obbligazionaria) che rispettino uno specifico set di criteri: ad aprile 2016 sono entrate in vigore le modifiche apportate al Regolamento Delegato n. 35 e tra i prossimi passi è prevista la revisione della calibrazione per i requisiti di capitale anche per società che operano nel campo delle infrastrutture. Una revisione analoga è in corso per il settore bancario, con modifiche della relativa Regolamentazione, CRR (*Capital Requirements Regulation*);
 - revisione del trattamento prudenziale in Solvency II per fondi con target di lungo periodo (*European Long Term Investments Funds*): modifiche entrate in vigore ad aprile 2016;
 - call for evidence sull'impatto cumulativo delle riforme finanziarie: si è in attesa di un aggiornamento;
 - avvio dei lavori per la valutazione del trattamento prudenziale del *private equity* e del *private placement* in Solvency II: sono in corso i lavori da parte della Commissione per analizzare le modalità attraverso cui gli assicuratori investono in *private equity* e *private placements* e le caratteristiche di tali strumenti ai fini di un eventuale inserimento nell'ambito dei lavori di revisione Solvency II.
- In tema di rafforzamento della capacità del settore bancario di supportare l'economia in generale:
 - proposta legislativa per un *framework* armonizzato per cartolarizzazioni semplici, trasparenti e standardizzate (STS): la proposta della Commissione è stata adottata nel 2015, i prossimi passi prevedono il raggiungimento di un accordo tra i co-legislatori.
 - avvio della consultazione relativa alla realizzazione di un *framework* europeo per *covered bond* e strutture per il finanziamento delle PMI: la consultazione è terminata ed è in corso uno studio mirato all'esplorazione delle caratteristiche del mercato dei *covered bond*.

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

Fra le iniziative previste dalla CMU, vi è anche una proposta relativa all'introduzione di un prodotto di previdenza complementare standardizzato e pan-europeo (“Standardised Pan-European Personal Pension Product – PEPP), che dovrebbe avere le caratteristiche di un prodotto di risparmio previdenziale di lungo termine, con l'obiettivo di incentivare i cittadini ad accantonare risparmio finalizzato all'ottenimento di un reddito pensionistico adeguato.

Il PEPP dovrebbe essere un prodotto ad-hoc, caratterizzato da trasparenza, efficienza e affidabilità; per la sua diffusione EIOPA ha suggerito la creazione di un quadro regolamentare armonizzato, applicabile entro i limiti del mercato interno europeo.

Il quadro regolamentare in parola dovrebbe garantire parità di condizioni (*level playing field*) tra tutti i *providers* e, nel contempo, favorire la rimozione degli ostacoli e delle barriere che sono d'intralcio allo sviluppo dell'attività transfrontaliera; per tale via, infatti, verrebbe sostenuta l'offerta transfrontaliera dei prodotti PEPP e sarebbe facilitato un approccio *multi-pillar* al risparmio pensionistico.

In tale contesto l'industria assicurativa ha evidenziato, fra l'altro, che il PEPP dovrebbe: (i) essere un prodotto di alta qualità e fornire un appropriato livello di protezione per il consumatore e (ii) includere le caratteristiche principali di un prodotto assicurativo; (iii) essere soggetto a un appropriato trattamento prudenziale; (iv) includere l'opzione, per il consumatore, di chiedere una copertura addizionale per il rischio biometrico. Ha richiesto, inoltre, che siano considerate le pratiche nazionali, le regole relative alla fase di decumulazione e i meccanismi di protezione e che, nonostante la fiscalità sia di competenza nazionale, siano chiariti da parte della Commissione i tipi di incentivi fiscali di cui il PEPP potrebbe godere.

La Commissione, che sta procedendo a una valutazione d'impatto, dovrebbe presentare una proposta legislativa entro l'estate 2017.

CONSULTAZIONE EIOPA SUL RISANAMENTO E LA RISOLUZIONE DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

Lo scorso 2 dicembre l'Autorità europea delle assicurazioni e delle pensioni aziendali o professionali (EIOPA) ha avviato una consultazione pubblica sulle potenzialità di armonizzazione del quadro normativo, che disciplina il risanamento e la risoluzione delle imprese di assicurazione.

La consultazione non ha carattere formale, ma costituisce l'ossatura di un parere che EIOPA fornirà alla Commissione europea per un possibile impianto regolamentare europeo sul risanamento e la risoluzione. Le conclusioni della consultazione sono previste per la prima metà del 2017.

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

La consultazione si basa su quattro fasi fondamentali:

- Preparazione e pianificazione;
- Intervento iniziale/risanamento;
- Risoluzione;
- Cooperazione e coordinamento.

A seguito di uno studio condotto da EIOPA a cui hanno risposto 30 Autorità di vigilanza degli Stati membri dell'Unione europea e dello Spazio Economico Europeo in tema di armonizzazione del quadro legislativo relativo al risanamento e alla risoluzione, l'Autorità europea è giunta alla conclusione che, stante la situazione osservata, un livello minimo di armonizzazione sarebbe stato sufficiente, anche al fine di evitare oneri amministrativi a carico sia delle Autorità di controllo sia delle imprese di assicurazione. EIOPA sostiene che lo scenario legislativo frammentato attualmente esistente negli Stati membri porrebbe un freno al processo di risoluzione delle imprese di assicurazione, in special modo dei gruppi transfrontalieri, pur ammettendo che non vi è evidenza di ritardi nelle normali procedure di insolvenza delle imprese in difficoltà, né che gli attuali quadri normativi si siano dimostrati inadeguati nell'affrontare casi di fallimento in maniera regolare.

ANIA, attraverso Insurance Europe, ha reso nota la sua posizione, secondo la quale una nuova disciplina in materia di risanamento e risoluzione delle imprese di assicurazione non è necessaria, in quanto le disposizioni recate dal quadro regolamentare di Solvency II già offrono un adeguato livello di tutela del consumatore e sufficienti misure di salvaguardia della stabilità finanziaria. Anche i timori legati alla stabilità finanziaria non giustificano l'eventuale ricorso a una nuova normativa sul risanamento e la risoluzione delle imprese in difficoltà, poiché in passato l'attività assicurativa si è dimostrata estremamente resistente alle turbolenze dei mercati. Gli esempi di fallimento di imprese non sono soltanto rari ma tendono a verificarsi non improvvisamente, grazie al meccanismo di cristallizzazione delle passività, che consente la messa in atto di graduali interventi di liquidazione.

La procedura di consultazione dovrebbe chiudersi alla fine del primo semestre del 2017 con la pubblicazione da parte di EIOPA di un parere per la Commissione europea, in vista di un possibile quadro normativo europeo sul risanamento e la risoluzione.

LAVORI EUROPEI SUI CONNECTED E AUTONOMOUS VEHICLES

La Commissione europea ha costituito, nel gennaio 2016, un gruppo di alto livello, il Gear 2030 (i cui lavori dovrebbero terminare alla fine del 2017) con lo scopo di definire una *roadmap* per l'introduzione degli *autonomous vehicles* e individuare le differenti responsabilità di tutti gli *stakeholder* interessati, tra i quali vi è il mercato assicurativo.

Il Gruppo di alto livello e i gruppi di lavoro operativi che sono stati costituiti stanno focalizzando gli sforzi specificamente sullo sviluppo dei veicoli a guida autonoma,

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

prendendo in considerazione i lavori, nel frattempo conclusi, nel contesto della *Cooperative ITS platform* (C-ITS), incentrati invece sui veicoli connessi. Dei tre gruppi di lavoro costituiti, quello che ha più rilevanza per il settore assicurativo, al quale partecipa Insurance Europe, è quello sui veicoli altamente automatizzati e connessi, all'interno del quale è stato istituito il *Project Team 1* sulle questioni regolatorie e di *policy*, tra cui rientrano le problematiche relative alla responsabilità civile e al trattamento e alla tutela dei dati generati dagli autoveicoli e le infrastrutture.

Nella serie di incontri dei gruppi di lavoro, è stata rappresentata la posizione del settore assicurativo riguardo in particolare l'individuazione e la definizione dei dati personali generati dal veicolo e dalle infrastrutture e della loro accessibilità in modo equo per tutti gli *stakeholder*, avendo riguardo sempre alla sicurezza degli automobilisti e consentendo loro la libera scelta in merito ai servizi a valore aggiunto. Gli assicuratori, infatti, necessitano di un accesso diretto e sicuro ai dati generati dal veicolo, con un ritardo minimo, una forma standardizzata e il maggior numero di dettagli possibili. Tale accesso è essenziale per comprendere i nuovi rischi emergenti e assicurare una gestione dei sinistri efficiente. Ogni strumento normativo europeo dovrebbe garantire, quindi, tale accesso in modo da assicurare un mercato competitivo nel quale i consumatori possano scegliere tra un'ampia gamma di servizi.

Il settore assicurativo può giocare un ruolo chiave nel facilitare lo sviluppo dei veicoli autonomi fornendo un supporto essenziale nella gestione di questa nuova tipologia di rischi, ma le iniziative legislative dovrebbero tenere in considerazione e mantenere il livello di sicurezza fornito dalle attuali norme nazionali sulla responsabilità civile derivante dalla circolazione stradale, ricordando che gli assicuratori giocano un ruolo essenziale nel fornire un livello adeguato di indennizzo per le vittime e che la disciplina che regola la responsabilità derivante dalla circolazione stradale è fondamentale per lo sviluppo dei veicoli autonomi.

DIRETTIVA RELATIVA ALLE ATTIVITÀ E ALLA VIGILANZA DEGLI ENTI PENSIONISTICI AZIENDALI E PROFESSIONALI

Il 23 dicembre 2016 è stata pubblicata, nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea, la direttiva (UE) 2016/2341 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 14 dicembre 2016, relativa alle attività e alla vigilanza degli enti pensionistici aziendali o professionali (c.d. IORP 2).

Il nuovo testo – che si inserisce nel quadro delle politiche di rafforzamento del mercato unico interno – ha l'obiettivo di creare un contesto normativo unitario e armonizzato per lo sviluppo del mercato europeo dei fondi pensione, pur lasciando agli Stati Membri le singole competenze per l'organizzazione dei propri sistemi pensionistici.

L'articolo non disciplina i requisiti di capitale quantitativi, per i quali il processo richiederà una tempistica più graduale, ma si limita a quelli qualitativi e di *reporting* (2° e 3° pilastro).

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

In particolare, mira a rafforzare il sistema di *governance* e di gestione del rischio, a rimuovere alcune barriere che ostacolano l'attività transfrontaliera dei fondi pensione che nei vari paesi sono regolati da normative differenziate, a rafforzare la trasparenza e l'informazione agli iscritti e ai pensionati. Inoltre, ha l'obiettivo di assicurare che le Autorità competenti abbiano tutti gli strumenti necessari per poter effettivamente svolgere attività di vigilanza e controllo sugli enti pensionistici aziendali e professionali.

In questo contesto, l'industria assicurativa è soddisfatta che i requisiti sulla governance siano proporzionati e appropriati, in linea con le regole già definite per gli altri servizi finanziari, contribuendo al miglioramento degli standard nel settore dei fondi pensione; che i requisiti d'informazione siano concisi, rilevanti nonché maggiormente orientati al risultato, lasciando agli Stati membri la facoltà di definire le modalità per la loro fornitura. Qualche perplessità sorge, invece, sui requisiti delle attività transfrontaliere dei fondi pensione, perché l'articolo non fornisce una risposta adeguata ai casi di insufficiente finanziamento delle stesse attività transfrontaliere da parte dei fondi pensione, con il rischio di arbitraggi regolamentari. Diventa di vitale importanza che gli Stati Membri prendano le corrette decisioni in fase di recepimento della direttiva per proteggere i diritti pensionistici dei membri dei fondi pensione.

La Direttiva dovrà essere recepita negli ordinamenti nazionali entro il 13 gennaio 2019 e da tale data sarà abrogata la Direttiva 2003/41/CE.

PRIVACY: MISURE DI SECONDO LIVELLO RELATIVE ALLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (ATTUAZIONE REGOLAMENTO COMUNITARIO)

A seguito dell'emanazione e pubblicazione del regolamento 2016/679 sulla protezione dei dati, il Gruppo dei Garanti UE (WP 29) ha approvato – dopo una procedura di consultazione a cui ha partecipato anche l'ANIA, attraverso Insurance Europe – tre documenti contenenti linee guida in merito a importanti novità del regolamento stesso, in vista della sua applicazione da parte degli Stati membri a partire dal maggio 2018.

Le linee guida, alla cui elaborazione ha partecipato attivamente anche il Garante italiano, riguardano il responsabile per la protezione dei dati (*Data Protection Officer – DPO*), il diritto alla portabilità dei dati, l'Autorità "capofila" che fungerà da "sportello unico" (*one-stop-shop*) per i trattamenti transnazionali.

Le linee guida sul DPO specificano i requisiti soggettivi e oggettivi di questa figura, la cui designazione sarà obbligatoria per tutti i soggetti pubblici e per molti soggetti privati sulla base dei criteri che il WP 29 ha chiarito nel documento (trattamenti di dati personali su larga scala, monitoraggio regolare e sistematico, dati sensibili e dati

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

relativi a condanne penali e a reati). Nel documento vengono illustrate (anche attraverso esempi concreti) le competenze professionali e le garanzie di indipendenza e inamovibilità che il DPO deve avere ai fini dello svolgimento delle proprie attività di indirizzo e controllo all'interno dell'organizzazione del titolare.

Per quanto riguarda il diritto alla portabilità, il WP 29 ha evidenziato il suo valore di strumento per l'effettiva libertà di scelta dell'interessato, che potrà decidere di trasferire ad altro titolare i dati personali forniti direttamente al titolare del trattamento oppure generati dall'utente stesso navigando o muovendosi sui siti o le piattaforme messe a sua disposizione. Il documento esamina anche gli aspetti tecnici della portabilità, legati soprattutto ai requisiti di interoperabilità fra i diversi sistemi informatici e alla necessità di sviluppare applicazioni che facilitino l'esercizio del diritto.

Il WP 29 ha chiarito i criteri per l'individuazione dell'Autorità "capofila" che deve svolgere la funzione di "sportello unico" per i trattamenti transnazionali (se il titolare o il responsabile tratta dati personali in più stabilimenti nell'UE o offre prodotti o servizi in più Paesi UE anche a partire da un solo stabilimento). Si tratta di un elemento importante del nuovo quadro normativo, e le linee guida intendono agevolare i titolari o responsabili del trattamento nella corretta individuazione dell'Autorità competente in questi casi, in modo da evitare controversie e garantire un'attuazione efficace del Regolamento.

Per quel che concerne gli ultimi sviluppi e le ulteriori attività del WP 29, nel primo semestre del 2017 dovrebbero essere completati gli interventi in materia di sanzioni, di *European Data Protection Board-EDPB* (la nuova Autorità europea che sostituirà, a regime, il WP 29), di "sportello unico" e del c.d. meccanismo di coerenza, mentre nel successivo semestre dovrebbero essere emanate le linee guida sul consenso, sulla profilazione e sulla trasparenza dei trattamenti ed essere fornite indicazioni sul trasferimento dei dati in paesi terzi e sulla notificazione delle violazioni dei dati personali.

Sul piano nazionale, il Garante per la protezione dei dati personali ha emanato una prima guida, aggiornabile in futuro, sull'applicazione del regolamento europeo. Essa traccia un quadro generale delle principali innovazioni introdotte dalla normativa e fornisce indicazioni utili sulle prassi da seguire e gli adempimenti da attuare per dare corretta applicazione alla normativa, che sarà pienamente efficace dal 25 maggio 2018.

Il testo della guida è articolato in 6 sezioni tematiche: Fondamenti di liceità del trattamento; Informativa; Diritti degli interessati; Titolare, Responsabile, Incaricato del trattamento; Approccio basato sul rischio del trattamento e misure di *accountability* di titolari e responsabili; Trasferimenti internazionali di dati.

Il Garante stesso ha, inoltre, avviato una serie di iniziative di collaborazione con soggetti pubblici e privati (tra cui ANIA) allo scopo di elaborare indicazioni utili ad accompagnare il processo di adeguamento alle nuove disposizioni.

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

MISURE DI SECONDO LIVELLO DEL REGOLAMENTO SUI DOCUMENTI CONTENENTI LE INFORMAZIONI CHIAVE PER I PRODOTTI D'INVESTIMENTO AL DETTAGLIO E ASSICURATIVI PREASSEMBLATI ("PRIIP")

Il 9 dicembre 2014 era stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea il Regolamento n. 1286/2014, relativo ai documenti contenenti le informazioni chiave per i prodotti d'investimento al dettaglio e assicurativi preassemblati (c.d. PRIIP – *packaged retail and insurance-based investment products*).

Al Regolamento dovevano far seguito delle misure di secondo livello, ovvero delle norme tecniche di regolamentazione (RTS), relative alla presentazione e contenuto del KID – *key information document*. A causa del rigetto delle proposte di RTS della Commissione da parte del Parlamento nel settembre 2016, è stato approvato un nuovo regolamento a dicembre 2016, c.d. "quick fix", che ha rinviato l'entrata in vigore del regolamento 1286/2014 al 1° gennaio 2018.

L'8 marzo 2017 la Commissione europea ha adottato le nuove proposte di norme tecniche di regolamentazione che, in assenza di obiezioni da Parlamento e Consiglio, sono state pubblicate nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea del 12 aprile 2017 come regolamento delegato 2017/653; le norme tecniche riguardano la presentazione, il contenuto, il riesame e la revisione dei documenti contenenti le informazioni chiave, comprese le metodologie per il calcolo e la presentazione dei rischi, dei rendimenti, dei costi e le condizioni per adempiere l'obbligo di fornire tali documenti.

Le nuove proposte, per venire incontro alle preoccupazioni sollevate dal Parlamento, hanno apportato modifiche alla precedente versione per quanto riguarda gli scenari di performance, la presentazione dei costi amministrativi in relazione agli elementi biometrici dei prodotti di investimento assicurativi, i PRIIP con opzioni multiple (c.d. MOP) e la segnalazione relativa alla comprensibilità.

In particolare si segnala:

- scenari di performance – la Commissione europea ha previsto che ogni KID dovrà presentare uno "scenario di stress", che si aggiunge agli scenari favorevole, moderato e sfavorevole già richiesti. Tale modifica è volta a fornire all'investitore un quadro più chiaro e completo del possibile andamento futuro, anche negativo, del proprio investimento.
- presentazione dei costi di investimento e del premio di rischio biometrico – le nuove norme tecniche di regolamentazione non richiederanno l'introduzione del premio di rischio biometrico nella sezione costi del KID.
- PRIIP con opzioni multiple – i nuovi RTS consentono di utilizzare il documento contenente le informazioni chiave per l'investitore (KIID) degli OICVM per fornire informazioni specifiche sulle singole opzioni offerte, qualora almeno una delle opzioni di investimento sottostante al PRIIP sia un OICVM o un fondo diverso da un OICVM (cfr. 32 del Regolamento UE 1286/2014).

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

- segnalazione relativa alla comprensibilità – la segnalazione potrà essere omessa nel caso di prodotti finanziari di facile comprensione per l'investitore.

Inoltre, è previsto che entro alcuni mesi a seguito dell'emanazione delle suddette norme tecniche di regolamentazione siano pubblicate una comunicazione interpretativa delle misure di primo livello da parte della Commissione europea e una prima serie delle c.d. misure di terzo livello, ovvero linee-guida o documenti di Q&A, che forniranno una guida per l'applicazione delle norme tecniche, da parte delle tre Autorità di vigilanza europee (ESA). Entro fine agosto le ESA adotteranno una seconda serie di misure di terzo livello.

MISURE DI SECONDO LIVELLO DELLA DIRETTIVA SULL'INTERMEDIAZIONE ASSICURATIVA (IDD)

Il 2 febbraio 2016 è stata pubblicata nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea la Direttiva 2016/97/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 20 gennaio 2016 sulla distribuzione assicurativa.

La nuova disciplina comunitaria, che mira a garantire l'uniformità del campo di applicazione, la parità di condizioni tra tutti i soggetti coinvolti nella vendita di prodotti assicurativi, l'estensione delle regole dell'intermediazione alla vendita diretta e il rafforzamento della tutela dei consumatori, con particolare riguardo ai temi della trasparenza e del conflitto d'interessi, dovrà essere recepita entro il 23 febbraio 2018.

La direttiva prevede, inoltre, che la Commissione adotti atti delegati in tema di: requisiti di governance e controllo del prodotto (POG), conflitto d'interessi, incentivi, idoneità e adeguatezza del prodotto, e che EIOPA elabori progetti di norme tecniche di attuazione sul formato del documento standardizzato di informazione per i prodotti danni (PID) e linee guida per la valutazione dei prodotti d'investimento assicurativi di particolare complessità.

EIOPA ha fornito alla Commissione il 1° febbraio 2017 il proprio parere tecnico sui futuri atti delegati e il 7 febbraio le proposte degli standard tecnici di implementazione (ITS) relativi al PID.

Il parere di EIOPA, relativamente a POG, segue in gran parte le "linee guida preparatorie" pubblicate nell'aprile 2016. La principale preoccupazione politica in questo contesto è quella di garantire un grado sufficiente di proporzionalità per fornire una maggiore protezione degli investitori evitando ingiustificati oneri per i piccoli operatori.

Per quanto riguarda i conflitti di interesse, le disposizioni dell'IDD sono strettamente allineate a quelle di MiFID II. Di conseguenza, le proposte di EIOPA sono quasi identiche alle norme di conflitto di interessi nel regolamento delegato di MiFID II.

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

Per quanto riguarda gli incentivi, il parere propone un elenco di criteri per valutare se gli incentivi versati o ricevuti da un intermediario o da un'impresa accrescono il rischio di un impatto negativo sulla qualità del servizio. EIOPA si basa sul principio di una valutazione onnicomprensiva che richiede agli intermediari assicurativi e alle imprese di assicurazione di “valutare tutti i fattori rilevanti che aumentano o riducono il rischio di un impatto negativo sulla qualità del servizio per il cliente”.

Con riferimento all'idoneità e all'adeguatezza del prodotto, le disposizioni pertinenti in IDD riprendono essenzialmente quelle previste da MiFID II. La direttiva offre agli Stati membri la possibilità di consentire la vendita di prodotti finanziario-assicurativi in mero collocamento, se i prodotti venduti possono essere considerati come “non complessi”. EIOPA, nella definizione di complessità, richiama per la maggior parte, le condizioni previste da MiFID II. Tuttavia, l'elenco dei criteri cumulativi per la valutazione di IBIP (Insurance Based Investment Products) non complessi fornisce un elemento che non figura nell'elenco MiFID: per essere qualificato come non complesso, un IBIP deve fornire una garanzia minima in caso di riscatto e alla scadenza che copra “almeno l'importo dei premi pagati dal cliente meno i costi sostenuti”. Tale criterio è stato avversato dall'industria che auspica una modifica da parte della Commissione.

Entro l'estate 2017, sulla base del parere tecnico dell'EIOPA, la Commissione dovrebbe adottare le sue proposte di atti delegati, che saranno sottoposte a un periodo di scrutinio di tre mesi da parte del Parlamento e del Consiglio.

CESSAZIONE DEFINITIVA DEL REGOLAMENTO N. 267/2010 DELLA COMMISSIONE EUROPEA DI ESENZIONE PER IL SETTORE ASSICURATIVO, CONCERNENTE L'APPLICAZIONE DEGLI ARTT. 101 E 102 DEL TFUE IN MATERIA DI INTESE E ACCORDI CHE VIOLANO LA DISCIPLINA DELLA CONCORRENZA E ABUSO DI POSIZIONE DOMINANTE

Il 13 dicembre 2016 la Commissione europea ha pubblicato il rapporto definitivo sul regolamento di esenzione per il settore assicurativo n. 267/2010, concernente l'applicazione della normativa comunitaria in materia di concorrenza tra le imprese, annunciando che – dopo 27 anni e nonostante le prese di posizione contrarie espresse a ogni livello dall'industria assicurativa – il regolamento cessa di avere efficacia a partire dal 31 marzo 2017.

Le imprese di assicurazione, pertanto, non possono più godere di un'esenzione automatica dall'applicazione delle regole antitrust nel caso in cui esercitino le attività riportate nel regolamento medesimo, con le specifiche modalità ivi previste.

Dopo lungo tempo, nel corso del quale il mercato assicurativo europeo ha avuto modo di operare con regole meno stringenti al fine di permettere lo sviluppo del settore, come accaduto già in passato per altri comparti economici, la Commissione

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

europea ha ritenuto non più sussistente la necessità di un'esenzione specifica, in quanto le imprese assicuratrici possono ormai operare nello specifico ambito, nel rispetto delle regole generali dell'ordinamento comunitario.

Nella valutazione d'impatto della normativa la Commissione riconosce, nel proprio rapporto, l'utilità per gli assicuratori di disporre di dati per la valutazione del costo futuro della copertura dei rischi e l'opportunità di elaborare in comune statistiche, studi e analisi utili alla predisposizione dei prodotti assicurativi, anche al fine di consentire alle imprese di assicurazione più piccole o alle imprese che intendono operare in un nuovo mercato l'offerta di coperture per taluni rischi sui quali abbiano pochi dati o poca esperienza.

Tuttavia, la stessa Commissione, per le due forme di collaborazione in comune previste dal regolamento n. 267/2010 citato – relative, appunto, all'elaborazione di studi, statistiche e ricerche e per la copertura in comune di taluni rischi attraverso *pools* di coassicurazione o di co(ri)assicurazione – ribadisce che gli assicuratori possono ora far riferimento alle vigenti linee direttive sugli accordi di cooperazione orizzontale (2011/C 11/01) redatte per tutti i settori economici nei quali possa giustificarsi una collaborazione orizzontale tra imprese.

Si ricorda che, secondo le predette linee direttive, una cooperazione tra imprese ha “natura orizzontale” nel caso in cui l'accordo venga concluso tra concorrenti effettivi o potenziali e, tuttavia, sia comunque in grado di determinare vantaggi economici sostanziali, in particolare attraverso la messa in comune di attività e competenze complementari.

Inoltre, la cooperazione orizzontale tra imprese può costituire uno strumento idoneo a condividere i rischi, ridurre i costi, aumentare gli investimenti, mettere in comune il *know-how*, aumentando la qualità e la varietà dei prodotti e lanciare più rapidamente le innovazioni sul mercato.

In ogni caso, nell'attuazione di accordi di cooperazione orizzontale, deve sempre e comunque essere assicurata l'effettiva concorrenza e non possono mai essere concordati il prezzo dei prodotti, la ripartizione dei mercati o, comunque, pratiche che favoriscano il mantenimento del potere di mercato dei partecipanti in grado di generare effetti negativi per i consumatori finali e la piena attuazione della libera concorrenza.

Le linee direttive, come detto, forniscono un quadro analitico applicabile alle forme più comuni di accordi di cooperazione orizzontale; esse trattano gli accordi di ricerca e di sviluppo, gli accordi di produzione compresi gli accordi di subfornitura e di specializzazione, gli accordi d'acquisto, gli accordi di commercializzazione, gli accordi di normazione tecnica, compresi i contratti tipo (in particolare, cfr. paragrafo 184), e lo scambio di informazioni (paragrafi da 77 a 94).

La differenza giuridica fondamentale tra un regolamento di esenzione e le linee direttive risiede nel fatto che gli operatori che si conformano esattamente a quanto previsto da un regolamento godono di una sorta di *safe harbour* nell'applicazione della normativa antitrust. Le linee direttive, invece, costituiscono solamente una raccolta

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

di casi pratici che possono essere utilizzati nell'autovalutazione concreta delle pratiche che le imprese vorranno porre in essere in futuro ma che non assicura, in via certa e automatica, l'esenzione dall'applicazione della normativa sulla concorrenza, dovendo questa essere sempre e comunque verificata caso per caso attraverso una piena valutazione degli effetti pro o anti competitivi.

La Commissione europea ha annunciato di voler osservare l'andamento del mercato, privo del Regolamento di esenzione, per un periodo di almeno 12 mesi, prima di valutare l'adozione di eventuali Linee guida ad hoc per il settore.

POLITICHE DI CONTRASTO GLOBALE ALL'EVASIONE FISCALE

Aggiornamenti in materia di scambio automatico di informazioni fra amministrazioni finanziarie

FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)

Se il 2015 era stato caratterizzato dalla definizione dell'iter normativo-regolamentare della ratifica dell'accordo intergovernativo (IGA) fra il Governo della Repubblica Italiana e il Governo degli Stati Uniti d'America con l'approvazione della legge 18 giugno 2015, n. 95 – e la successiva emanazione del decreto di attuazione del Ministro dell'Economia e delle Finanze 6 agosto 2015 – il 2016 ha visto il passaggio alla fase operativa della disciplina FATCA con il primo invio telematico all'Agenzia delle entrate di dati e informazioni rilevanti sui conti finanziari della clientela statunitense riferiti all'anno precedente.

L'Associazione si è adoperata per ottenere i chiarimenti necessari ai fini della compilazione del tracciato obbligatorio per l'invio dei dati.

Common Reporting Standard ("CRS")

La sopra richiamata legge 18 giugno 2015, n. 95 di ratifica dell'accordo intergovernativo FATCA, ha individuato allo stesso tempo lo strumento giuridico di esecuzione delle disposizioni concernenti gli adempimenti delle istituzioni finanziarie italiane ai fini dell'attuazione della procedura di scambio multilaterale automatico di informazioni sui conti finanziari attraverso uno standard di comunicazione condiviso (CRS – Common Reporting Standard) nel quadro delle iniziative di contrasto all'evasione fiscale a livello globale definite in sede OCSE.

Anche il quadro normativo di riferimento per lo scambio automatico di informazioni secondo lo standard definito dall'OCSE ha trovato compimento con il decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze 28 dicembre 2015 di attuazione della legge 18 giugno 2015, n. 95 e della direttiva 2014/107/UE recante modifica della direttiva 2011/16/UE per quanto riguarda lo scambio automatico di informazioni nel settore fiscale (c.d. DAC2, *Directive on Administrative Cooperation*).

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

A partire dal 1° gennaio 2016 è entrato in vigore l'obbligo di acquisizione dei dati dei soggetti detentori di *financial accounts* fiscalmente residenti in paesi diversi dall'Italia e dagli USA, per il successivo trasferimento (nel corrente anno) alle amministrazioni finanziarie interessate per il tramite dell'Agenzia delle Entrate.

L'Associazione ha organizzato a inizio 2016 un seminario dal titolo "Scambio di informazioni e Common Reporting Standard: il decreto MEF 28 dicembre 2015" per approfondire i contenuti del decreto ministeriale nell'ottica degli adempimenti specifici del settore assicurativo.

Malgrado il termine per l'invio delle comunicazioni CRS sia stabilito al 30 aprile di ciascun anno, al momento in cui il presente rapporto viene posto in stampa l'Agenzia non ha ancora emanato il provvedimento di approvazione dei tracciati per il trasferimento dei dati dalle istituzioni finanziarie italiane tenute alla comunicazione alla medesima Agenzia in applicazione del decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 28 dicembre 2015.

Peraltro, l'Associazione ha ottenuto dall'Agenzia l'autorizzazione a visionare le bozze del provvedimento insieme alle imprese partecipanti al Gruppo di lavoro FATCA/ CRS al fine di condividere con gli operatori del settore le modalità di compilazione e le principali problematiche ancora sussistenti in tema di identificazione della clientela non residente fiscalmente in Italia (diversa dalla clientela statunitense) che risulta intestataria di contratti di assicurazione con valore di riscatto (c.d. "*cash value insurance contracts*").

Nel corso dell'incontro tecnico, tenutosi lo scorso febbraio, l'Associazione ha tempestivamente informato i presenti dell'intenzione dell'Agenzia, ancora non formalizzata, di differire alla fine di luglio 2017 il termine per il primo invio di dati.

LA REGOLAMENTAZIONE FINANZIARIA INTERNAZIONALE E LA REALIZZAZIONE DI UN INSURANCE CAPITAL STANDARD GLOBALE

La definizione di standard patrimoniali globali (Insurance Capital Standard-ICS)

Sono proseguiti nel 2016, in seno alla IAIS (*International Association of Insurance Supervisors*), le attività volte a definire uno standard patrimoniale globale di tipo *risk-based*, destinato a essere applicato ai gruppi assicurativi operanti sul piano internazionale e a quelli ritenuti sistematicamente rilevanti (G-SIIs).

L'*International Capital Standard* (ICS) è destinato a rappresentare un requisito minimo; resterà ferma la possibilità, per le Autorità di vigilanza che decideranno di adottarlo, di introdurre regole più rigorose o requisiti aggiuntivi.

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

Il processo di definizione dell'ICS è articolato in due fasi:

- una prima fase, che si prevede possa concludersi entro il 2017, porterà a uno *standard* provvisorio (ICS 1.0). Tale versione si baserà su due criteri di valutazione delle poste di bilancio e su una metodologia armonizzata per il calcolo dei requisiti patrimoniali;
- una seconda fase (ICS 2.0), prevista terminare nel 2019, come parte del più ampio progetto di armonizzazione della vigilanza sui gruppi assicurativi (*ComFrame*), condurrà allo standard definitivo. La versione 2.0 punta a ridurre le differenze nei criteri di valutazione delle poste di bilancio e consentirà di utilizzare metodi diversi da quello standard per il calcolo dei requisiti patrimoniali (modelli interni ed esterni, totali o parziali, eventuali variazioni dell'approccio standard).

Uno dei punti più critici per la definizione dell'ICS 1.0 è relativo ai criteri di valutazione delle riserve tecniche. Al momento, IAIS sta valutando tre opzioni:

- un approccio misto, secondo cui le passività illiquidate sarebbero valutate secondo un criterio affine al *Matching Adjustment* (con un *application ratio* dell'80%), mentre alle passività più liquide si applicherebbe un metodo simile al *Volatility Adjustment* (con un *application ratio* del 65%, come in *Solvency II*);
- una metodologia basata su un portafoglio rappresentativo di titoli con rating AA+, applicata a tutte le passività ma con una correzione in stile *Volatility Adjustment*;
- un approccio definito “*own assets with guardrails*”, simile al *Matching Adjustment*, ma applicato a tutte le passività e inclusivo di un rendimento atteso per immobili e titoli azionari.

Sul fronte dei requisiti patrimoniali, lo IAIS propone, in analogia con *Solvency II*, una calibrazione basata sul VaR come misura di rischio, un orizzonte temporale annuale e un intervallo di calibrazione del 99,5%.

Le categorie dei rischi da considerare per il calcolo dei requisiti sono il rischio assicurativo (vita, malattia, non vita), di mercato, di credito, operativo e catastrofale. Le singole categorie di rischio sono poi combinate per tener conto degli effetti di diversificazione.

Per quanto concerne gli elementi del capitale proprio, si prevede la loro distinzione in due livelli (*tier 1* e *tier 2*), a seconda della loro qualità e capacità di assorbimento delle perdite, con l'eventuale introduzione di limiti nella composizione del capitale ammesso alla copertura dei requisiti.

DECRETO LEGISLATIVO 19 GENNAIO 2017, N. 3, DI RECEPIIMENTO DELLA DIRETTIVA 2014/104/UE IN MATERIA DI AZIONI PER IL RISARCIMENTO DEL DANNO PER VIOLAZIONE DELLE DISPOSIZIONI DEL DIRITTO DELLA CONCORRENZA DEGLI STATI MEMBRI E DELL'UNIONE EUROPEA

Con il decreto legislativo n. 3/2017 è stata recepita in Italia la direttiva 2014/104/UE del Parlamento e del Consiglio europeo recante “Norme che regolano le azioni per il risarcimento del danno ai sensi del diritto nazionale per viola-

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

zione delle disposizioni del diritto della concorrenza". La nuova normativa disciplina il risarcimento del danno derivante dalla violazione degli articoli 101 (pratiche concordate che limitano la concorrenza) e 102 (abuso di posizione dominante) del trattato sul funzionamento dell'Unione Europea (TFUE). La nuova normativa si applica anche alle azioni di risarcimento del danno relative a violazioni del diritto nazionale della concorrenza che non incidono sul commercio tra Stati membri. Il fine perseguito dal legislatore europeo è sostanzialmente quello di imporre regole processuali e sostanziali omogenee da impiegare davanti ai giudici nazionali per valutare le conseguenze risarcitorie della violazione delle regole sulla concorrenza. Si intende evitare, in particolare, che le discrepanze fra le norme nazionali portino a condizioni disomogenee e possano, pertanto, incidere negativamente sulla concorrenza nei diversi mercati. Per il raggiungimento di tale finalità un ruolo fondamentale è riservato alle Autorità nazionali chiamate ad assicurare una corretta e uniforme applicazione della normativa nel rispetto dell'art. 5 del regolamento (CE) n. 1/2003 sull'applicazione della normativa sulla concorrenza. La nuova normativa, inoltre, potenzia il *private enforcement* raccordandolo al *public enforcement* della normativa antitrust. I due sistemi debbono interagire in modo da assicurare la massima efficacia anche disciplinando le modalità di accesso, da parte dei privati che siano stati danneggiati da un illecito antitrust, agli atti del procedimento aperto dall'Autorità garante competente, favorendo l'utilizzazione delle prove dell'illecito raccolte dalla stessa Autorità della concorrenza. Ne risulta rafforzata, in tal modo, la promozione delle azioni c.d. *follow on* promosse dai danneggiati in seguito all'accertamento di un illecito. La scelta del legislatore nazionale, inoltre, estende la portata della normativa anche alle azioni collettive previste dall'articolo 140 bis del decreto legislativo 6 settembre 2005 n. 206 (c.d. Codice del consumo).

Tra le disposizioni più significative si segnalano, in particolare, il diritto al (pieno) risarcimento – comprensivo del danno emergente, del lucro cessante e degli interessi con espressa esclusione di sovra-compensazioni aventi carattere punitivo (c.d. *punitive damages*) – in favore di chiunque abbia subito un danno a causa di una violazione del diritto della concorrenza da parte di un'impresa o di un'associazione di imprese. Si fa riferimento, poi, all'utilizzazione delle prove dell'illecito nel giudizio risarcitorio: su richiesta di parte, infatti, il giudice nazionale può ordinare la divulgazione di specifici elementi di prova o categorie di prova, che vengano ritenute rilevanti dallo stesso giudice sulla base di un criterio di proporzionalità (art. 3). Il giudice può ordinare l'esibizione delle prove richieste dalla parte istante nei confronti della controparte o di terzi, soggetti pubblici e privati, in coerenza con la disciplina prevista dagli artt. 210 e 213 c.p.c., con la quale la nuova normativa si pone in rapporto di specialità. Il giudice, inoltre, può anche ordinare, nel processo promosso per il risarcimento del danno, l'esibizione delle prove nella disponibilità dell'Autorità garante, anche quando il procedimento sanzionatorio sia ancora pendente senza pregiudicare indebitamente l'efficace applicazione del diritto alla concorrenza. Quanto al decorso della prescrizione del diritto al risarcimento del danno derivante da illecito antitrust viene ribadito che esso si compie in cinque anni decorrenti da quando sia cessata la violazione e comunque non prima che l'attore sia a conoscenza, o si possa ragionevolmente ritenere che sia a conoscenza, degli elementi (che devono sussistere tutti congiuntamente) che configurano un potenziale illecito antitrust (art. 8). Si disciplina, inoltre, il c.d. "passing on" ossia le azioni promosse dagli acquirenti indiretti che – pur non avendo un rapporto diretto con l'autore dell'illecito – abbiano subito un danno

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

dall'illecito antitrust in virtù di una relazione economica con un altro soggetto, presente nella catena distributiva a valle, che abbia venduto il bene o il servizio acquistato dal danneggiato tenendo conto dell'innalzamento del prezzo conseguente all'illecito a monte. Per garantire una maggior uniformità nei giudizi risarcitorii, infine, le controversie da risarcimento del danno antitrust potranno essere attivate solo presso i tribunali di Milano, Roma e Napoli.

13

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

SOLVENCY II

Revisione della Direttiva Solvency II

Solvency II, che ha definito una nuova cornice regolamentare per il regime di vigilanza prudenziale in campo assicurativo, è entrata in vigore il 1° gennaio 2016.

Sulla base della Direttiva e degli Atti Delegati, è previsto che la Commissione, entro dicembre 2018, riesamini “i metodi, le ipotesi e i parametri standard utilizzati nel calcolo del requisito patrimoniale di solvibilità con la formula standard”.

Per questo motivo, il 18 luglio 2016, la Commissione Europea ha inviato a EIOPA una richiesta di parere tecnico (*Call for Advice*) in merito alle eventuali modifiche da apportare alla formula standard.

Nella richiesta, la Commissione ha identificato differenti aree suscettibili di modifica, con riguardo a metodologie, ipotesi o calibrazioni.

Tra gli obiettivi prioritari segnalati dalla Commissione, vi è quello di garantire un quadro di regole di vigilanza proporzionale, tecnicamente robusto, coerente e correlato al rischio, nonché quello di introdurre eventuali semplificazioni.

Un ulteriore punto riguarda la rimozione dei vincoli ingiustificati al finanziamento, ma, per tale aspetto, la Commissione europea segnala che un parere tecnico potrà essere richiesto in una fase successiva.

Con riferimento all'applicazione proporzionale e semplificata dei requisiti, EIOPA è stata invitata a pronunciarsi su diversi aspetti, passando dai possibili miglioramenti fino alle proposte di eventuali ulteriori semplificazioni, nonché alla verifica/utilizzo delle semplificazioni già previste come nel caso di applicazione del metodo *look-through*.

Per quanto concerne la rimozione delle incongruenze tecniche, EIOPA si esprimera con valutazioni/verifiche che riguarderanno parametri/metodi/ipotesi relativi a moduli di rischio definiti (ad esempio il *non-life premium* e il *reserve risk*), al margine per il rischio e al calcolo dell'aggiustamento per la capacità delle imposte differite di assorbire le perdite; identificherà inoltre anche eventuali ulteriori possibilità di utilizzo degli USP (*Undertaking Specific Parameters*) nonché altri aspetti come le differenze, rispetto alla normativa bancaria, nelle caratteristiche che determinano la classificazione dei fondi propri o nuovi criteri di ammissibilità qualora venisse eliminato il limite del 20% per alcune tipologie di fondi propri.

EIOPA ha avviato, l'8 dicembre scorso, una pubblica consultazione finalizzata alla stesura del parere tecnico richiesto dalla Commissione.

La Commissione ha successivamente emanato, il 21 febbraio 2017, una seconda *Call for Advice*, chiedendo il parere della Autorità di vigilanza europea sui seguenti aspetti:

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

- Titoli obbligazionari privi di *rating*. Nel presupposto che i fattori di rischio per i titoli con *rating* possano essere applicati anche a quelli che ne sono privi, si chiede a EIOPA di definire criteri qualificanti che, se soddisfatti, consentano ai titoli *non-rated* di beneficiare di una calibrazione equivalente (per i *Credit Quality Steps* da 1 a 3) a quella dei titoli con *rating*;
- Titoli azionari non quotati. All'Autorità di vigilanza europea si chiede di identificare i criteri da applicare a portafogli di azioni non quotate emesse nello Spazio Economico Europeo, che possano beneficiare di un trattamento analogo a quello delle azioni quotate. Tra i criteri potrebbero rientrare: la diversificazione del portafoglio e la trasparenza per gli investitori; le strategie o le competenze dell'*asset manager* e il *risk management* dell'impresa di assicurazione;
- Partecipazioni strategiche. EIOPA è invitata a fornire informazioni sul grado di utilizzo del trattamento privilegiato (shock del 22%) riservato alle partecipazioni strategiche rispetto alle azioni ordinarie. In particolare, le informazioni dovrebbero riguardare la dimensione e i settori di tali investimenti, gli scopi dell'investimento e il tipo di azioni con cui si è realizzata la partecipazione.

Il 26 aprile scorso EIOPA ha quindi pubblicato una richiesta di informazioni (*Call for Evidence*) in materia di trattamento delle azioni non quotate e dei titoli di debito privi di *rating* nell'ambito della Formula Standard di Solvency II, fissando come scadenza per l'invio delle stesse informazioni lo scorso 24 maggio.

EIOPA intende fornire alla Commissione un parere parziale entro ottobre 2017, mentre il parere finale sarà pubblicato alla fine di febbraio 2018.

ANIA sta partecipando attivamente ai lavori di revisione rappresentando le specificità del mercato italiano, anche nell'ambito delle discussioni sul tema presso Insurance Europe.

Risultati Stress Test EIOPA 2016

Il 24 maggio 2016 EIOPA ha avviato un nuovo esercizio di stress, basato sul *framework* di Solvency II, al fine di mettere in luce elementi di robustezza e di vulnerabilità del settore assicurativo europeo.

Come ha precisato IVASS, l'esercizio “non ha l'obiettivo di verificare l'adeguatezza patrimoniale di singole imprese e determinare eventuali insufficienze di capitale (*pass or fail exercise*), ma quello di valutare i profili di vulnerabilità e resilienza del settore assicurativo vita a una prolungata fase di bassi tassi di interesse e a un pronunciato rialzo degli *spread creditizi*”.

Lo scorso 15 dicembre EIOPA ha quindi pubblicato i risultati dello Stress Test 2016.

L'esercizio ha considerato tre scenari di analisi:

- Scenario pre-stress “*Baseline*”, corrispondente alla situazione di bilancio al 1° gennaio 2016 (*Day One*);

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

- Scenario di stress “*Low for Long*” (LY), caratterizzato da livelli persistentemente bassi dei tassi d’interesse su tutte le scadenze (la curva dei tassi ipotizzata considerava un *Ultimate Forward Rate* pari al 2%);
- Scenario di stress “*Double-Hit*” (DH), che prevedeva uno *shock* sulla curva dei tassi priva di rischio contestualmente all’ipotesi che il mercato fosse colpito da *shock* finanziari di varia natura e forte intensità (rapido aumento dei rendimenti dei titoli sovrani e un abbassamento del tasso di interesse *risk free*).

È, inoltre, stata richiesta la determinazione dell’impatto sui Fondi Propri delle misure relative alle “*Long Term Guarantees*” (LTG) (es. *Volatility Adjustment*, *Matching Adjustment*) e delle misure transitorie.

L’esercizio ha coinvolto, nell’Unione Europea, 236 compagnie di grandi, medie e piccole dimensioni stabilite in 30 paesi e rappresentanti il 77% del mercato in termini di riserve tecniche (*life technical provisions excluding health and unit linked*).

L’esercizio di stress test ha confermato la vulnerabilità del settore assicurativo a una situazione di mercato caratterizzata da una persistenza di bassi tassi e a un pronunciato rialzo degli *spreads* sulle attività finanziarie.

Nello scenario pre-stress il campione ha un *Solvency Ratio* (SCR ratio) pari al 196% (solamente due compagnie, che detengono lo 0,02% del totale degli attivi del campione, hanno un SCR ratio inferiore al 100%).

Il SCR ratio scende al 136% senza l’applicazione delle misure LTG e delle misure transitorie con 32 compagnie, rappresentanti il 26% del totale degli attivi del campione, che mostrano un SCR ratio inferiore al 100%.

Nello scenario *Low for Long* la riduzione dell’eccedenza delle attività rispetto alle passività (indicatore utilizzato dal momento che non era richiesto il ricalcolo del SCR/MCR post stress) è del 18% ovvero pari a 100 miliardi circa (incremento delle passività di più di 380 miliardi di euro a fronte di un incremento degli attivi di oltre 280 miliardi di euro).

Nello scenario *Double-Hit* la riduzione dell’eccedenza delle attività rispetto alle passività è del 28,9%, pari a 160 miliardi circa (riduzione delle passività di 450 miliardi e delle attività di 608 miliardi).

Per l’Italia hanno partecipato 16 compagnie operanti nei rami vita tradizionali, rappresentanti il 76% del mercato nazionale in termini di riserve tecniche.

Emerge una situazione di adeguata capitalizzazione per il sistema italiano nello scenario pre-stress con un indice di solvibilità del 243%, superiore alla media europea e con un’applicazione delle misure LTG e transitorie decisamente più contenuta rispetto agli altri principali paesi.

La riduzione dell’eccedenza delle attività rispetto alle passività nello scenario *Low for Long* è, per il sistema assicurativo italiano, pari al 5,1%, valore decisamente al di sotto della media europea.

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

Nello scenario *Double-Hit* la riduzione dell'eccedenza di attività sulle passività è del 33,8%, valore di poco superiore a quello medio europeo, ma in linea con quelli dei principali mercati.

Tavolo di lavoro Proporzionalità in Solvency II

ANIA, sin da ottobre 2015, ha istituito il Gruppo di Lavoro “Proporzionalità e Semplificazione” costituito da rappresentanti delle imprese, con l’obiettivo di sviluppare una riflessione relativa all’attuazione della Direttiva Solvency II in Italia secondo il principio di proporzionalità e di avviare un dialogo con l’Autorità di vigilanza in merito a un’efficace declinazione di tale principio e ai suoi possibili ambiti di applicazione.

L’obiettivo finale del Gruppo di Lavoro era l’elaborazione di un report contenente una proposta di linee guida sul tema, da utilizzare come posizione associativa nel dibattito con l’Autorità di vigilanza.

Il 27 maggio 2016 si è svolto il primo di una serie di incontri con l’Autorità di vigilanza, in cui è stato presentato il documento e sono stati valutati e discussi i diversi punti chiave della proposta. Sulla base degli spunti ricevuti e di successivi approfondimenti di natura quantitativa, il Gruppo di lavoro è giunto a una posizione associativa finale caratterizzata dalla seguente struttura:

- definizione dei *driver* su cui impostare l’applicazione del principio di proporzionalità;
- definizione di un set di indicatori per ogni *driver*;
- definizione di *range* o soglie di valore per singolo indicatore per determinare gli intervalli cui applicare il principio di proporzionalità;
- elaborazione di proposte concrete in modo da configurare i diversi regimi di esenzione, semplificazione e variazione delle tempistiche.

Le soglie di valore, per ciascun intervallo, sono state determinate attraverso un’analisi quantitativa delle peculiarità del mercato assicurativo italiano.

In linea generale il Gruppo di lavoro ANIA ha individuato, tra le modalità di applicazione del principio di proporzionalità, le seguenti soluzioni:

- **esenzione dall’adempimento:** la compagnia viene esentata dall’adempiere a una specifica richiesta normativa, con riferimento a una o più aree di rischio considerate non significative;
- **variazione di tempistica:** le richieste normative possono essere assolte con tempistiche diverse da quelle indicate sulla regolamentazione di riferimento;
- **semplificazione:** le elaborazioni possono essere effettuate utilizzando delle procedure semplificate/*proxy* rispetto alle metodologie standard previste dalla normativa di riferimento.

La proposta, all’esame dell’Autorità di Vigilanza, prevede che le singole compagnie provvedano a un’autovalutazione della propria posizione sulla base degli step suggeriti dal documento e successivamente ne richiedano l’approvazione all’Autorità di vigilanza.

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

Tavolo di Lavoro Risk Reporting

Nel contesto attuale le imprese assicurative sono esposte a un numero sempre maggiore di richieste di *disclosure*, quantitativa e qualitativa, in termini di volumi, frequenza, complessità e tempestività dell'informativa.

Tali requisiti producono impatti su processi, metodologie e organizzazione interna.

A questo quadro, già di per sé complesso, si aggiunge l'introduzione degli standard di audit per Solvency II, alimentando il *trade off* tra *high-quality data* e tempestività delle informazioni.

La numerosità di regimi normativi e di report, interni ed esterni, ad essi collegati, genera richieste e modalità di *disclosure* dei dati e delle informazioni non sempre allineate nelle logiche, nei contenuti e nelle scadenze e che coinvolgono, nel processo di produzione, aree aziendali diverse.

Lo scenario descritto presenta il rischio di ridondanza e sovrapposizione delle informazioni prodotte nell'alimentazione dei documenti di *disclosure* richiesti nei diversi ambiti normativi (Solvency II, bilancio civilistico, bilancio IAS/IFRS).

In tale contesto si inserisce l'iniziativa di ANIA che, con il supporto di una società di consulenza, ha avviato un Gruppo di lavoro sul tema, con l'obiettivo di individuare possibili opportunità sinergiche, in un'ottica di razionalizzazione e omogeneizzazione delle informazioni prodotte nella direzione di un *framework* di reporting integrato.

I vantaggi derivanti dalla razionalizzazione del *framework* complessivo di *reporting* sarebbero rilevanti, in termini di coerenza e chiarezza espositiva, per tutti gli *stakeholders* coinvolti: le imprese, il pubblico e le Autorità di vigilanza.

L'analisi ha tenuto in considerazione il contesto regolamentare attuale, le esperienze delle singole imprese e si è inoltre basata sul confronto avvenuto o avviato con l'Autorità di vigilanza, coprendo sia l'ambito prudenziale che di bilancio.

Progetto Bilancio Solvency

Il nuovo regime di vigilanza Solvency II prevede, per la prima volta, la pubblicazione di una reportistica pubblica (SFCR – *Solvency and Financial Condition Report*), un vero e proprio "Bilancio Solvency", visionabile non solo dalle Autorità di vigilanza, ma anche da tutti gli *stakeholders* interessati.

Come noto, la scadenza per la pubblicazione per l'anno 2017 era il 20 maggio per le imprese individuali (posticipato poi al 22 maggio su indicazione di IVASS), fermo restando la possibilità di includere in una relazione unica i bilanci delle singole imprese appartenenti al gruppo per i quali la scadenza è fissata al 1° luglio p.v..

Le indicazioni normative per la predisposizione della suddetta reportistica Solvency II sono *principle based*; ANIA ha quindi ritenuto utile avviare, con la collaborazione

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

di alcuni consulenti, un progetto di supporto alle imprese nella stesura del primo report pubblico.

Nello specifico il suddetto progetto, di durata biennale, si sviluppa su due fasi, una antecedente e una successiva alla data di pubblicazione degli SFCR da parte delle imprese individuali e dei gruppi, e prevede:

- un forum online per il supporto nella predisposizione del SFCR;
- la produzione di un'analisi dei risultati del *benchmarking*, svolto sia a livello nazionale che internazionale, che evidenzi gli elementi di differenza tra le relazioni e sia di supporto per l'individuazione di linee guida;
- un'analisi delle *best practices* di mercato per diversi clusters di imprese.

Le *best practices* individuate, che emergeranno a livello di mercato e per singolo cluster, saranno oggetto di confronto con l'Autorità di vigilanza e con gli altri *stakeholders* interessati. L'iniziativa potrebbe essere sviluppata anche in ambito associativo europeo nonché essere di aiuto nella predisposizione del bilancio Solvency del prossimo anno.

L'iniziativa, che rappresenta un unicum sul mercato europeo, anche in considerazione delle sinergie derivanti dall'integrazione con il progetto ANIA InfoQRT, consentirà alle imprese e ai gruppi italiani di avere un ruolo primario in ambito comunitario nella proposta di definizione di un modello di riferimento per la reportistica pubblica Solvency II.

BILANCI INDIVIDUALI E CONSOLIDATI

Nuovo principio contabile per i contratti assicurativi: IFRS 17

Dopo circa 20 anni di discussioni e di pubbliche consultazioni, lo IASB ha emanato lo scorso 18 maggio il nuovo principio contabile internazionale per la contabilizzazione dei contratti assicurativi (IFRS 17).

Per arrivare alla definizione del principio contabile internazionale, il *Board* ha avviato infatti numerose consultazioni pubbliche, rispettivamente nel 2007, 2010 e 2013, con più di 600 lettere di commento ricevute.

Il principio rappresenta una novità epocale per il settore e il lungo periodo impiegato per la sua definizione riflette le complessità implementative sottostanti ai nuovi requisiti.

L'IFRS 17 definisce i principi di “*recognition, measurement, presentation and disclosure*” dei contratti di assicurazione, sostituendo l'IFRS 4, un “*interim*” standard che ha permesso agli assicuratori di continuare l'applicazione di pratiche contabili locali, portando ad una scarsa omogeneità a livello di mercato. L'IFRS 17 nasce con la finalità di garantire maggiore trasparenza e comparabilità.

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

Il principio entrerà in vigore a partire dal primo gennaio 2021; è consentita la possibilità di un'applicazione anticipata esclusivamente nel caso in cui vengano già adottati anche l'IFRS 9 e l'IFRS 15.

Tra le numerose novità introdotte dall'IFRS 17 è sicuramente da segnalare la nuova misurazione delle passività, nonché la necessità di evidenziare margini per portafogli omogenei a ogni *reporting date*.

Il principio, in estrema sintesi, prevede un nuovo modello generale per la contabilizzazione dei contratti assicurativi: il *Building Block Approach* (BBA), basato sull'attualizzazione dei flussi di cassa attesi, l'esplicitazione di un *risk adjustment* e la rilevazione tra le passività di un *Contractual Service Margin* (CSM) che non consente il riconoscimento di un profitto alla sottoscrizione del contratto. Lo IASB, tenendo conto dell'esistenza di una molteplicità di contratti, ha previsto, laddove siano presenti determinate caratteristiche, due approcci alternativi rispetto al BBA quali il *Variable Fee Approach* (VFA) e il *Premium Allocation Approach* (PAA). Il VFA è destinato ai contratti che prevedono la partecipazione agli utili da parte degli assicurati, tramite specifiche regole che tengono conto del fatto che la passività varia sulla base del valore degli attivi sottostanti. Il PAA è invece un modello semplificato per i contratti di breve durata (periodo di copertura fino a un anno) in cui le *liabilities for remaining coverage* sono pari alla porzione di premio di competenza di periodi futuri.

Ulteriori novità riguardano, ad esempio, la definizione di portafoglio quale gruppo di contratti che è esposto a rischi simili (i.e. contratti relativi alla stessa linea di prodotti e/o stessa categoria) ed è gestito in modo unitario (come se fosse un singolo gruppo). Le linee guida sull'aggregazione dei contratti assicurativi prevedono, inoltre, la suddivisione in “*contracts that are onerous at initial recognition*”, “*contracts that at initial recognition have no significant possibility of becoming onerous subsequently*” e “*remaining contracts in the portfolio*”. Non è infine possibile raggruppare contratti sottoscritti in annualità differenti e la distribuzione del CSM nel periodo di copertura riflette fattori temporali e legati al concetto di *unit of account*.

Il principio introduce una nuova modalità di presentazione a conto economico degli utili, richiedendo di esplicitare margini di ricavo e presentare distintamente “*insurance revenue, insurance service expenses and insurance finance income or expenses*”.

Gli approcci operativi previsti per la gestione della prima applicazione sono tre: il *Retrospective Approach* che prevede la determinazione dell'impatto della prima applicazione come se il nuovo principio fosse stato sempre applicato; il *Modified Retrospective Approach*, che comporta l'applicazione del metodo retrospettivo completo, salvo la possibilità di introdurre alcune varianti, e il *Fair Value Approach*, ove si prevede la possibilità di determinare gli effetti della prima applicazione utilizzando i dati alla data di transizione.

Riconoscendo il significativo impatto nonché il relativo sforzo implementativo correlato all'IFRS 17, il *Board* ha istituito un *Transition Resource Group* (TRG); per la relativa *application* la scadenza è stata fissata al 31 luglio.

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

IFRS 9 Financial Instruments: applicazione con il principio IFRS 4

Come già detto, il 22 novembre 2016 la Commissione europea ha reso pubblico l'*endorsement* dell'IFRS 9 sugli strumenti finanziari. Il principio contabile internazionale entrerà in vigore nell'Unione europea a partire dal 1° gennaio 2018.

Il 18 maggio scorso è stato inoltre pubblicato il principio contabile relativo ai contratti assicurativi (IFRS 17) che dovrebbe entrare in vigore il 1° gennaio 2021; nel frattempo il settore assicurativo continuerà ad utilizzare l'IFRS 4, che ricordiamo consentire alle imprese una valutazione delle passività derivanti dai contratti assicurativi secondo i Local Gaap.

Il settore assicurativo ha sottolineato come il periodo di disallineamento temporale tra l'entrata in vigore dei due principi, l'IFRS 9 e l'IFRS 17, comporti diverse difficoltà per le imprese che svolgono attività di tipo assicurativo, in quanto dovrebbero provvedere a una contabilizzazione degli investimenti finanziari secondo quanto previsto dall'IFRS 9, nonostante, per quanto concerne le passività tecniche, si prosegua utilizzando l'IFRS 4 fino al 2021.

Per ovviare al suddetto disallineamento, il 12 settembre 2016 lo IASB ha pubblicato, a fronte di una consultazione avvenuta tra dicembre 2015 e febbraio 2016, il documento *"Applying IFRS 9 Financial Instruments with IFRS 4 Insurance Contracts"* che permette alle imprese, che svolgono attività di tipo assicurativo, di scegliere tra due misure transitorie, fermo restando il rispetto di alcuni vincoli:

- l'*overlay approach*, che consente alle compagnie di rimuovere dal conto economico la volatilità aggiuntiva derivante da cambiamenti nella valutazione delle attività finanziarie a seguito dell'applicazione dell'IFRS 9. Tale possibilità potrà essere utilizzata dall'impresa per *designated financial assets*;
- il *deferral approach*, che permette alle imprese, che non hanno precedentemente applicato alcuna versione dell'IFRS 9 e la cui attività è prevalentemente assicurativa, di avvalersi di un differimento della data di efficacia dell'IFRS 9 fino al 2021, anno dell'entrata in vigore di IFRS 17. Tali entità possono quindi continuare ad applicare l'attuale principio IAS 39.

L'applicazione degli approcci proposti è facoltativa e le imprese sono autorizzate a interromperne l'adozione in qualsiasi momento nel periodo antecedente all'entrata in vigore del nuovo principio contabile.

Per quanto concerne il secondo approccio, al fine di poter determinare se l'attività dell'impresa è da considerarsi a predominanza assicurativa o meno, è necessario confrontare le passività derivanti da contratti che ricadono sotto l'ambito di applicazione dell'IFRS 4 con il valore contabile totale delle passività. Se il valore contabile delle prime è prevalente rispetto al valore contabile delle seconde e se le passività connesse con l'attività assicurativa sono pari almeno al 90% del totale della passività o, se minori del 90% ma maggiori dell'80%, l'impresa non svolge attività significativa non connessa con l'attività assicurativa, la sua attività è pertanto da considerarsi a predominanza assicurativa.

La *temporary exemption* prevede comunque alcuni requisiti in termini di *disclosure* supplementare sulla classificazione degli strumenti finanziari tra il 1° gennaio 2018 e la nuova data di efficacia.

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

Recepimento Direttiva 2013/50/UE: modifiche alla Direttiva Transparency

È stata recepita con il decreto legislativo n. 25 del 15 febbraio 2016 (GU n. 52 del 3 marzo 2016) la Direttiva 2013/50/UE che ha modificato la c.d. Direttiva *Transparency* (n. 2004/109/CE) in termini di armonizzazione degli obblighi di trasparenza riguardanti le informazioni sugli emittenti i cui valori mobiliari sono ammessi alla negoziazione in un mercato regolamentato, abrogando l'obbligo di pubblicazione dei resoconti intermedi di gestione.

Nel recepimento della suddetta disciplina sono state modificate le disposizioni relative alle relazioni finanziarie, innovando le regole inerenti alla pubblicazione, da parte di emittenti quotati aventi l'Italia come Stato membro d'origine, di informazioni periodiche aggiuntive rispetto alle relazioni finanziarie annuali e semestrali.

I punti di maggior rilievo nella nuova disciplina riguardano: l'innalzamento della soglia oltre la quale scattano gli obblighi di comunicazione al mercato delle partecipazioni azionarie rilevanti detenute in società con azioni quotate; l'abrogazione della rendicontazione trimestrale delle società emittenti, con contestuale attribuzione a CONSOB del potere di reintrodurla a condizione che i relativi contenuti rimangano i medesimi ad oggi già previsti.

Al fine di valutare l'esercizio della delega regolamentare conferita dal TUF a CONSOB di disciplinare gli obblighi di redazione della relazione trimestrale secondo le reali esigenze informative del mercato, quest'ultima ha pubblicato in data 14 aprile 2016 un Documento di consultazione preliminare volto ad acquisire dati ed evidenze ai fini dell'analisi di impatto della regolamentazione (AIR), invitando specifiche categorie di *stakeholders* a fornire dati ed evidenze in merito.

L'analisi dei contributi di quest'ultimi è stata integrata con ulteriori studi ed evidenze quantitative, che hanno permesso di valutare più compiutamente il contributo delle informazioni periodiche pubblicate dagli emittenti alle decisioni di investimento.

Lo scorso 5 agosto CONSOB ha pubblicato un ulteriore documento di consultazione "Modifiche alla disciplina delle relazioni finanziarie periodiche introdotte dal D.lgs. 15 febbraio 2016, n. 25, il quale recepisce nell'ordinamento nazionale la Direttiva 2013/50/UE", con il quale ha illustrato gli esiti della consultazione di aprile e riportato la proposta di modifica delle relative disposizioni regolamentari.

Le opzioni di intervento ipotizzate sono state tre:

- 1) introduzione dell'obbligo di pubblicazione del rendiconto intermedio di gestione;
- 2) assenza di obblighi di informazione periodica aggiuntiva, ma definizione di principi e criteri applicativi per gli emittenti che intendano pubblicare informazioni su base volontaria;
- 3) assenza di obblighi di informazione periodica aggiuntiva, nonché di principi e criteri applicativi per gli emittenti che intendano pubblicare informazioni su base volontaria.

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

Alla luce degli elementi informativi acquistati, è stato ritenuto che la seconda soluzione identificata fosse quella ragionevolmente idonea a conseguire le finalità dell'atto di regolazione con i minori aggravi aggiuntivi per i destinatari, ed è stata proposta l'introduzione dell'articolo 82-ter del Regolamento Emittenti.

ANIA ha partecipato a entrambe le consultazioni e ha ritenuto condivisibile la proposta prescelta dall'Autorità di vigilanza, sottolineando che si posizionava nella direzione già da tempo auspicata dall'Associazione, conferendo una sostanziale "libertà di scelta" per gli emittenti in ordine alla comunicazione al mercato di informazioni finanziarie con frequenza maggiore rispetto alla reportistica annuale e semestrale.

Il 3 novembre 2016 CONSOB ha infine approvato le modifiche al Regolamento Emittenti in materia di resoconti intermedi di gestione.

La Direttiva ha lasciato ai Paesi membri della UE la facoltà di reintrodurre informazioni periodiche aggiuntive rispetto alle relazioni finanziarie annuali e semestrali, sia pure solo a determinate condizioni e previa analisi d'impatto regolamentare quanto a costi e benefici.

Le nuove disposizioni sono entrate in vigore dal 2 gennaio del 2017 e consentono alle società quotate di scegliere se pubblicare o meno le informazioni finanziarie periodiche aggiuntive.

Qualora le società scelgano, su base volontaria, di pubblicare le suddette informazioni, dovranno comunicare al mercato la propria scelta, specificando gli elementi informativi che intendono fornire, in modo che le decisioni adottate risultino chiare e stabili nel tempo.

L'eventuale decisione di interrompere la pubblicazione dovrà essere motivata e resa pubblica, acquistando efficacia a partire dall'esercizio successivo.

LEGGE DI BILANCIO 2017

Piani di risparmio a lungo termine ("PIR") Esenzione dei rendimenti maturati dalle forme pensionistiche complementari

Una delle novità di maggior rilievo introdotte dalla legge 11 dicembre 2016, n. 232 ("Legge di bilancio 2017") è rappresentata dall'agevolazione fiscale in favore dei titolari (persone fisiche residenti nel territorio dello Stato, operanti al di fuori dell'esercizio di impresa) di piani di risparmio a lungo termine (PIR).

L'agevolazione in parola (cfr. commi 100-114) opera sotto forma di detassazione dei rendimenti (redditi di capitale e redditi diversi di natura finanziaria, esclusi quelli

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

relativi a partecipazioni qualificate) scaturenti dagli investimenti nelle attività finanziarie comprese nell'ambito del PIR.

La detassazione opera in via immediata, vale a dire a far data dalla sottoscrizione del PIR, senza che a tal fine sia necessario attendere un periodo minimo di detenzione (diversamente, pertanto, da quanto avvenuto per precedenti forme di incentivazione fiscale, tra cui il credito d'imposta previsto dai commi 92 e ss. dell'articolo unico della Legge di stabilità 2015, in favore degli investimenti in attività finanziarie a medio-lungo termine effettuati dalle forme pensionistiche complementari).

I PIR possono essere confezionati sotto forma di rapporti di custodia o amministrazione, di gestione di portafogli o altro stabile rapporto con esercizio dell'opzione per l'applicazione del regime del risparmio amministrato.

Tra i prodotti mediante i quali costituire un PIR non erano inizialmente contemplati i contratti assicurativi.

L'Associazione si è tempestivamente attivata al fine di correggere tale omissione, intervenendo nelle sedi opportune nel corso dell'*iter* di formazione della norma. Le istanze avanzate in proposito dall'Associazione sono state recepite: la disciplina definitivamente approvata contempla espressamente i contratti di assicurazione sulla vita e di capitalizzazione tra gli strumenti attraverso i quali è possibile costituire piani di risparmio a lungo termine.

Le somme o i valori destinati nel PIR non possono eccedere il limite annuo di 30.000 euro e, in ogni caso, il tetto complessivo di 150.000 euro.

Sono agevolabili (*rectius*, esentati da tassazione) esclusivamente i rendimenti scaturenti dalle attività finanziarie individuate dalla legge (c.d. "qualificate") e a condizione che queste ultime rappresentino – per almeno i due terzi di ciascun anno solare di durata del piano – prestabilite soglie minime del controvalore complessivo investito nel PIR.

Le somme o i valori destinati nel piano, più precisamente, devono essere investiti:

- per almeno il 70% del valore complessivo in strumenti finanziari (rappresentativi di capitale di rischio o di debito), anche non negoziati nei mercati regolamentati, emessi o stipulati con imprese che svolgono attività diverse da quella immobiliare, residenti nel territorio dello Stato o in Stati membri dell'Unione europea o in Stati aderenti all'Accordo sullo Spazio economico europeo (SEE) con stabili organizzazioni nel territorio medesimo;
- per almeno il 21% (il 30% della predetta quota del 70%) del valore complessivo in strumenti finanziari di imprese diverse da quelle inserite nell'indice FTSE MIB della Borsa Italiana o in indici equivalenti di altri mercati regolamentati.

La rimanente quota (30%) del controvalore complessivo del PIR può essere investita liberamente.

L'investimento nelle attività finanziarie qualificate può essere effettuato anche per il tramite di contratti assicurativi o di capitalizzazione o di quote o azioni di OICR

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

residenti in Italia o in Stati membri dell'UE o aderenti all'Accordo SEE che investano nelle medesime almeno il 70% dell'attivo.

È, in ogni caso, stabilito un tetto massimo (10% del controvalore complessivo) all'investimento in deposito o conti correnti o in strumenti finanziari emessi da uno stesso soggetto o stipulati con la medesima controparte (o con altra società appartenente al medesimo gruppo dell'emittente o della controparte).

Se, come detto, l'esenzione fiscale in cui si sostanzia l'agevolazione in favore dei titolari dei PIR opera per il fatto stesso della costituzione di un piano avente i requisiti di legge, il definitivo mantenimento (*rectius*, consolidamento) della stessa necessita del decorso di un periodo minimo di detenzione quinquennale.

Qualora il predetto “*minimum holding period*” non venisse rispettato, si dovrebbe applicare la tassazione (c.d. “*recapture*”) dei rendimenti *medio tempore* esentati, applicando la tassazione in misura ordinaria, unitamente agli interessi, ma senza applicazione di sanzioni.

Nel caso dei PIR confezionati per il tramite di polizze assicurative (per le quali la *recapture* non rappresenta un'eventualità prefigurabile ogni qualvolta le stesse operino, come di norma avviene, in regime di capitalizzazione dei proventi) il periodo di detenzione minimo quinquennale va riscontrato relativamente alla polizza (costituente il contenitore nel quale affluiscono gli investimenti nelle attività finanziarie qualificate) e, più precisamente, con riferimento ai singoli premi, costituenti le somme attraverso le quali viene alimentato il PIR.

Una volta decorso il termine quinquennale, i rendimenti generati dall'investimento operato in virtù del premio sono definitivamente acquisiti in esenzione d'imposta dal titolare della polizza.

In ogni caso, la singola persona fisica non può essere titolare di più di un PIR e, correttamente, nessun PIR può presentare più di un titolare: non sono, pertanto, possibili situazioni di cointestazione di un medesimo piano di risparmio tra più soggetti.

La medesima Legge di bilancio ha, inoltre, previsto (cfr. commi 88-94) un'agevolazione fiscale, anch'essa operante sotto forma di esenzione da tassazione, in favore dei rendimenti degli investimenti in particolari tipologie di attività finanziarie (qualificate) operati dagli enti privati di previdenza obbligatoria di cui al d.lgs. n. 509 del 1994 e al d.lgs. n. 103 del 1996 e dalle forme pensionistiche complementari di cui al d.lgs. n. 252 del 2005.

L'agevolazione prevede la detassazione dei redditi di capitale e diversi di natura finanziaria (con l'esclusione di quelli relativi a partecipazioni qualificate) prodotti dagli investimenti nelle predette attività finanziarie.

Nel caso delle forme di previdenza complementare l'agevolazione opera in forma di esonero (*rectius* di non concorrenza dei rendimenti in parola ai fini della determinazione dell'imponibile) dalla imposta sostitutiva sul risultato netto della gestione annuale di cui all'articolo 17 del d.lgs. n. 252 del 2005.

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

Le somme destinate all'effettuazione degli investimenti agevolabili non possono, in ogni caso, eccedere il 5% dell'attivo patrimoniale dell'ente previdenziale o della forma pensionistica complementare.

Le attività finanziarie a tal fine qualificate sono costituite da:

- i) titoli rappresentativi di *equity* di imprese residenti in Italia o in Stati membri dell'UE o aderenti all'Accordo SEE operanti in Italia con stabile organizzazione;
- ii) azioni o quote di OICR residenti nel territorio dello Stato o in Stati membri dell'UE o aderenti all'Accordo SEE che investono prevalentemente negli strumenti finanziari di cui al punto precedente.

Come per l'esenzione dei rendimenti prodotti dai PIR, anche per l'agevolazione in favore dei predetti investitori istituzionali è richiesto un periodo minimo di detenzione quinquennale dell'investimento negli strumenti finanziari qualificati. In caso di mancato rispetto, scatta la *recapture* dei benefici fiscali in precedenza frui, in ogni caso senza applicazione di sanzioni.

Gruppo IVA

L'Associazione si è sempre espressa in favore dell'introduzione nell'ordinamento tributario nazionale del Gruppo IVA, previsto come opzione dall'articolo 11 della direttiva comunitaria sull'imposta sul valore aggiunto (2006/112/CE) e da anni presente in molti Paesi europei (tra i quali Germania, Austria, Belgio, Gran Bretagna, Irlanda, Paesi Bassi, Spagna).

L'assenza nel nostro ordinamento di tale regime è stata da sempre percepita come una chiara penalizzazione competitiva a carico dei gruppi societari, specie quelli composti da imprese che esercitano attività esenti per le quali l'acquisto da fornitori terzi di beni e servizi sconta consistenti limitazioni alla detrazione dell'imposta assolta a monte.

La problematica è all'attenzione di ANIA da diversi anni, in particolare da quando alla legge 11 marzo 2014, n. 23, ancorché questa prevedesse un'espressa delega in materia, non seguì l'attuazione dell'istituto del Gruppo IVA.

Nel corso degli ultimi anni l'Associazione ha promosso un tavolo di raccordo fra le associazioni imprenditoriali e le principali imprese dei settori assicurativo e bancario per elaborare un articolato di riferimento da proporre al Governo e alle autorità fiscali. Un lungo e approfondito confronto con il Dipartimento delle finanze e con l'Agenzia delle Entrate ha finalmente portato all'adozione, nella legge 11 dicembre 2016, n. 232 ("Legge di bilancio 2017"), di un quadro normativo atto a disciplinare l'operatività del Gruppo IVA nel corpo del D.P.R. n. 633 del 1972.

In base alle disposizioni contenute nel comma 24 dell'articolo unico della Legge di bilancio 2017, il regime del Gruppo IVA consentirà alle imprese residenti, tra loro legate da vincoli di natura finanziaria, economica e organizzativa, di beneficiare di significativi vantaggi sotto il profilo dello snellimento degli adempimenti legati all'ap-

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

plicazione dell'imposta nelle transazioni interne (i.e. poste in essere tra soggetti partecipanti al medesimo Gruppo IVA).

La caratteristica principale di tale istituto è, infatti, quella di dar vita, per effetto dell'opzione dei soggetti a esso aderenti, a un nuovo e unico soggetto passivo d'imposta che, di fatto, si sostituisce – ai fini dell'IVA – ai singoli soggetti partecipanti. Nei confronti di imprese terze (ovvero di soggetti esterni al Gruppo IVA) quest'ultimo si pone come un unico soggetto, identificato da una propria partita IVA.

Le operazioni interne (vale a dire le cessioni di beni e/o le prestazioni di servizi poste in essere tra soggetti partecipanti a un medesimo Gruppo IVA) sono escluse dal campo di applicazione dell'IVA – e come tali non rilevano ai fini di tale tributo – e in relazione alle medesime non sussistono obblighi di registrazione dei corrispettivi e di emissione di fatture.

Il meccanismo sopra descritto offre, altresì, notevoli vantaggi anche all'Amministrazione finanziaria, sotto il profilo della semplificazione dell'attività di controllo, in quanto la nascita di un unico soggetto IVA permetterà all'Agenzia delle Entrate di far confluire sul medesimo l'attività di accertamento.

Le società partecipanti al Gruppo IVA sono tenute a designare un rappresentante nei rapporti con l'Amministrazione finanziaria; in linea di principio, si tratta del soggetto controllante di ultimo livello ovvero del soggetto partecipante con volume d'affari o di ricavi più elevato nell'esercizio precedente a quello di costituzione del Gruppo IVA. Deve quindi trattarsi, per definizione, del soggetto maggiormente patrimonializzato che, come tale, offre le maggiori garanzie per l'Amministrazione finanziaria.

Sebbene l'introduzione del Gruppo IVA sia stata salutata con favore del settore assicurativo, l'Associazione non ha, tuttavia, mancato di criticare nelle sedi competenti talune scelte operate dal legislatore.

In primo luogo, non si condivide il differimento al 1° gennaio 2018 dell'entrata in vigore della disciplina del Gruppo IVA, che appare ingiustificato soprattutto alla luce dei tempi necessari perché l'opzione, una volta esercitata, sia efficace. Di fatto, in sede di prima applicazione, il Gruppo IVA potrà concretamente operare a decorrere dal 2019 qualora l'opzione venga esercitata tra il 1° gennaio e il 30 settembre 2018, ovvero dal 2020 se l'opzione avrà luogo tra il 1° ottobre e il 31 dicembre 2018.

Abbiamo poi rilevato un'ulteriore criticità con riguardo al carattere onnicomprensivo dell'opzione (attraverso il cosiddetto approccio “*all in all out*”), che deve necessariamente coinvolgere, pena l'inefficacia del regime, tutti i soggetti rispetto ai quali ricorrono i predetti vincoli finanziari, economico e organizzativo, circostanza che rischia di compromettere la necessaria flessibilità dello strumento.

ANIA presidierà le prossime tappe legislative della disciplina di attuazione delle norme istitutive del Gruppo IVA, demandata a un prossimo decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

DETASSAZIONE DELLA RETRIBUZIONE DI PRODUTTIVITÀ E DEL WELFARE AZIENDALE

L'esigenza di prevedere strumenti finalizzati a incentivare la produttività aziendale è presente nel nostro Paese ormai da molti anni. Il primo intervento di rilievo è stato posto in essere nel 2008, quando il d.l. 27 maggio 2008, n. 93, introdusse in via sperimentale la detassazione per le somme erogate a titolo di straordinario o di premio di produttività; la misura, in origine valida fino al 31 dicembre 2008, è stata oggetto di successive e ripetute proroghe fino al 2014, per poi essere congelata nel 2015 per mancanza di fondi.

Negli ultimi anni il c.d. welfare aziendale – inteso come iniziative socio-assistenziali di soggetti privati a favore dei lavoratori – ha trovato sempre maggiore diffusione nel nostro Paese (come in molti altri Stati) posto che lo Stato in molte occasioni non è in grado di adempiere appieno alle proprie funzioni assistenziali.

In tale contesto, la legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità 2016) ha previsto alcune disposizioni particolarmente innovative che hanno fornito un nuovo impulso al welfare aziendale; da un lato, infatti, è stata rispristinata a regime la detassazione delle somme legate alla produttività aziendale (mediante l'applicazione di un'imposta sostitutiva dell'IRPEF e delle relative addizionali regionali e comunali con aliquota del 10%) e dall'altro è stata prevista la facoltà per i lavoratori dipendenti di trasformare, in tutto o in parte, il premio di produttività in servizi di welfare aziendale per sé e per i propri familiari senza assoggettamento alla suddetta imposta sostitutiva del 10% (altrimenti dovuta in caso di percezione diretta del premio di risultato) e, pertanto, senza scontare alcuna imposizione ai fini dell'IRPEF.

Il legislatore, inoltre, è intervenuto sulle regole di determinazione del reddito di lavoro dipendente apportando importanti modifiche volte a incentivare l'attribuzione di servizi aventi finalità educative, ricreative e socio-assistenziali messi a disposizione della generalità o di categorie di dipendenti. Per effetto di tali modifiche, inoltre, a partire dal 2016 i servizi di welfare hanno potuto godere delle agevolazioni fiscali in commento anche se oggetto della contrattazione integrativa aziendale, mentre in precedenza tali servizi per poter beneficiare della non concorrenza al reddito di lavoro dipendente dovevano essere resi disponibili volontariamente, quali elargizioni unilaterali, dal datore di lavoro.

Nel solco delle modifiche appena descritte, la legge 11 dicembre 2016, n. 232 (Legge di bilancio 2017) ha ulteriormente rafforzato le disposizioni agevolative in materia di premi di risultato e di welfare aziendale.

L'importo massimo del premio di produttività annuo agevolabile, in relazione al quale è prevista la tassazione agevolata del 10%, è stato innalzato da 2.000 a 3.000 euro (da 2.500 a 4.000 euro in caso di coinvolgimento paritetico dei dipendenti nell'organizzazione del lavoro) e, parimenti, la soglia massima di reddito di lavoro dipendente (percepito nell'anno precedente a quello di attribuzione dei premi) entro cui è possibile godere della tassazione agevolata è stata aumentata da 50.000 a 80.000 euro lordi annui.

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

È stato, inoltre, previsto che se il premio di risultato viene sostituito con contributi destinati alle forme pensionistiche complementari (di cui al d.lgs. 252/2005) ovvero con contributi di assistenza sanitaria (di cui all'art. 51, comma 2, lett. a), del Testo Unico delle Imposte sui Redditi), queste somme non concorrono a formare il reddito del lavoratore dipendente anche se eccedenti i limiti di non concorrenza al reddito attualmente previsti (rispettivamente 5.164,57 euro per i versamenti alla previdenza integrativa e 3.615 euro per i contributi per l'assistenza sanitaria).

Con riguardo alle regole di determinazione del reddito da lavoro dipendente, è stata disposta la non concorrenza alla formazione dello stesso relativamente ai contributi e ai premi versati dal datore di lavoro, a favore della generalità dei dipendenti o di categorie di dipendenti, per prestazioni, anche in forma assicurativa, aventi ad oggetto il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana (c.d. polizze *long term care*, "LTC") o il rischio di gravi patologie (c.d. polizze *dread disease*).

Infine, è stato concesso alle imprese uno strumento in più che potrà consentire di facilitare il rinnovo dei contratti: la legge di bilancio 2017 ha previsto, infatti, che l'esenzione da IRPEF prevista a beneficio delle prestazioni di welfare aziendale erogate alla generalità o a categorie di dipendenti e ai familiari di questi (per finalità di educazione, istruzione, ricreazione, assistenza sociale e sanitaria o culto) trovi applicazione anche quando tali prestazioni sono stabilite da contratti collettivi di lavoro (nazionali o territoriali) o da accordi interconfederali e non solo da quelli aziendali di secondo livello.

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ASSISTENZA IN FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE

La legge 22 giugno 2016, n. 112, meglio conosciuta come "Dopo di noi", ha introdotto nel nostro ordinamento una specifica disciplina volta a tutelare le persone affette da gravi disabilità, prive del sostegno familiare o che potrebbero essere in futuro prive di tale sostegno.

La legge contiene una serie di agevolazioni volte, da un lato, a promuovere la stipula di polizze di assicurazione in favore di persone affette da grave disabilità e, dall'altro, a favorire il ricorso ad alcuni negozi giuridici destinati a detti soggetti.

Più in particolare, attraverso una modifica all'articolo 15, comma 1, lett. f), del Testo Unico delle Imposte sui Redditi, è stato elevato, a decorrere dal periodo d'imposta in corso al 31 dicembre 2016, il limite annuo di detrazione dall'imposta linda IRPEF da euro 530 a 750 euro per i premi pagati a fronte di polizze aventi per oggetto il rischio di morte, qualora destinate alla tutela delle persone con disabilità grave (come definita dall'articolo 3, comma 3, della legge n. 104 del 1992).

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

È stata, inoltre, prevista la possibilità di istituire dei trust in favore di persone affette da disabilità grave e di costituire vincoli di destinazione di beni immobili o di beni mobili registrati e fondi speciali composti da beni sottoposti a vincolo di destinazione e disciplinati con contratto di affidamento fiduciario.

Qualora i suddetti negozi giuridici persegano come finalità esclusiva l'inclusione sociale, la cura e l'assistenza delle persone con disabilità grave, i beni e i diritti conferiti ovvero destinati ai medesimi, a decorrere dal 1° gennaio 2017, sono esenti dall'imposta sulle successioni e donazioni; inoltre, ai trasferimenti di beni e diritti in favore dei negozi giuridici in parola, le imposte di registro, ipotecaria e catastale si applicano in misura fissa.

Infine, è stata riconosciuta, a decorrere dal periodo d'imposta 2016, la deducibilità dal reddito complessivo dei soggetti privati delle erogazioni liberali, delle donazioni e degli altri atti a titolo gratuito effettuati nei confronti dei predetti trust o fondi speciali nel limite del 20 per cento del reddito imponibile e, comunque, nella misura massima di 100.000 euro annui.

APPLICABILITÀ DELL'ESENZIONE IVA AI CONTRATTI GESTITI IN COASSICURAZIONE

Prime pronunce della Corte di Cassazione (nn. 22429/16 e 5585/17)

Negli anni si è sviluppato un nutrito contenzioso tributario circa l'applicabilità dell'esenzione da IVA alle somme percepite dalle compagnie operanti in veste di delegatarie nell'ambito di contratti assicurativi gestiti in regime di coassicurazione ex articolo 1911 del codice civile.

Le pronunce di merito (primo grado e appello) sinora pronunciate risultano favorevoli, in misura largamente prevalente, alla tesi sostenuta dal settore nel senso dell'applicabilità dell'esenzione IVA sul presupposto che le prestazioni svolte dalla delegataria, a fronte dell'incarico ricevuto dalle altre compagnie coassicuratrici, formano un tutt'uno inscindibile con l'operazione di assicurazione cui accedono, esente dal tributo in base alla normativa comunitaria (articolo 135, § 1, lett. a), della Direttiva n. 112/2006/CE) e a quella interna (articolo 10, comma 1, n. 2), D.P.R. n. 633 del 1972).

In base ai dati in possesso dell'Associazione, al 6 aprile scorso la percentuale di pronunce favorevoli all'esenzione risultava pari all'86% in primo grado (su un totale di 93 pronunce) e al 77% in appello (su un totale di 49 pronunce).

In questo quadro sono intervenute le prime due pronunce rese in materia dalla Corte di Cassazione (n. 22429 del 4 novembre 2016 e n. 5585 dell'8 marzo 2017) che, pur rinviando la decisione definitiva delle cause alla corte di merito di provenienza, in considerazione di rilevanti vizi motivazionali delle sentenze di appello, propendono

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

decisamente (la seconda in maniera ancor più esplicita rispetto alla prima) per l'applicabilità dell'esenzione da IVA ai compensi (commissioni di delega e rimborsi spese) percepiti dalla compagnia delegataria.

La sentenza più recente ha affermato il principio di diritto in virtù del quale al ricorrere del requisito costituito dall'assunzione da parte della delegataria di un vincolo contrattuale verso l'assicurato in forza del quale detta impresa si sia, ad esempio, fatta carico di obbligazioni nei confronti di tale soggetto (quale quella relativa alla garanzia della copertura del rischio), la prestazione di coassicurazione configura, senza dubbio, un'attività riconducibile all'alveo dell'operazione di assicurazione e, come tale, esente da IVA ai sensi dell'articolo 10, comma 1, n. 2), del D.P.R. n. 633 del 1972.

La prima pronuncia resa da una corte di merito successivamente al deposito della seconda sentenza di Cassazione ne ha integralmente recepito i contenuti, allineandosi al principio di diritto appena ricordato.

Se l'orientamento della Suprema Corte sarà recepito (come è lecito attendersi, attesa la funzione nomofilattica che ne caratterizza l'operato) dalle commissioni tributarie e auspicabilmente confermato dalle successive pronunce della stessa Corte di Cassazione, il contenzioso sul tema potrà esaurirsi con il definitivo accoglimento della tesi delle compagnie e il conseguente annullamento degli atti impositivi sinora emessi dall'Amministrazione finanziaria.

ANTIRICICLAGGIO E ANTITERRORISMO – RECEPIMENTO QUARTA DIRETTIVA

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri e del Ministro dell'Economia e delle Finanze, ha approvato, in esame definitivo, un decreto legislativo che detta disposizioni più severe in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento delle attività terroristiche, andando a sostituire integralmente il decreto legislativo n. 231/2007. Il decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 90, è stato poi pubblicato in Gazzetta Ufficiale.

Il decreto recepisce la direttiva UE 2015/849, che ha introdotto disposizioni volte a ottimizzare in tutti gli Stati membri l'utilizzo degli strumenti di lotta contro il riciclaggio dei proventi di attività criminose e il finanziamento del terrorismo.

I destinatari della normativa antiriciclaggio sono le persone fisiche e giuridiche che operano in campo finanziario – ivi comprese le imprese assicuratrici esercenti i rami vita – e i professionisti, tenuti all'osservanza di specifici obblighi di verifica della clientela e di segnalazione delle operazioni sospette di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo all'Unità di Informazione Finanziaria (UIF), che provvede alla relativa analisi. L'approfondimento investigativo delle segnalazioni è effettuato dalla Direzione Investigativa Antimafia (DIA) e dal Nucleo speciale di polizia valutaria della Guardia

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

di Finanza. Il Comitato di sicurezza finanziaria presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze è l'organismo responsabile dell'elaborazione degli indirizzi strategici in materia di prevenzione del riciclaggio e di finanziamento del terrorismo nonché dell'analisi nazionale dei relativi rischi.

Le Autorità di controllo hanno invece, in particolare, il compito di adottare le disposizioni di attuazione del decreto in materia di organizzazione, procedure e controlli interni, nonché di adeguata verifica della clientela, e di verificare l'adeguatezza degli assetti organizzativi e procedurali dei soggetti vigilati.

Accogliendo le indicazioni contenute nei pareri parlamentari, è stata ampliata la platea dei soggetti qualificati come “persone politicamente esposte” (PEPs), nei confronti delle quali devono essere effettuati controlli più approfonditi: oltre alle alte cariche dello Stato, ai ministri e parlamentari, ai vertici della magistratura, agli assessori e consiglieri regionali, ai parlamentari europei e ai direttori generali delle Asl e delle aziende ospedaliere e ad altre categorie di soggetti, rientrano nella nozione anche i sindaci dei comuni con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti e i vertici delle società da questi partecipate.

Il decreto si sofferma sull'analisi nazionale del rischio, sulla valutazione dei rischi da parte dei soggetti obbligati e sulle procedure di mitigazione del rischio, per poi revisionare la disciplina in tema di adeguata verifica della clientela (ordinaria; semplificata; rafforzata; effettuata da soggetti terzi), di conservazione dei dati e delle informazioni (con l'eliminazione dell'obbligo di dotarsi di un AUI specifico), di segnalazione delle operazioni sospette e di astensione per impossibilità di adeguata verifica.

In quest'ambito, il decreto istituisce il Registro dei titolari effettivi di persone giuridiche e trust, allo scopo di accrescere la trasparenza e di fornire alle Autorità strumenti efficaci per la lotta contro il riciclaggio di denaro e il finanziamento del terrorismo.

È stata, nel contempo, riformata anche la disciplina relativa all'uso del contante e dei titoli al portatore.

Tra le altre novità introdotte va segnalato il riordino delle sanzioni amministrative, attraverso un sistema di misure graduato in funzione della gravità delle violazioni. Coerentemente a quanto prescritto dalla direttiva, viene disegnato un sistema sanzionatorio basato su misure effettive, proporzionate e dissuasive, da applicare alle persone fisiche e alle persone giuridiche direttamente responsabili della violazione delle disposizioni, dettate in funzione di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo. In questo contesto, sono state previste disposizioni sanzionatorie specifiche per gli intermediari bancari e finanziari, ivi comprese le imprese assicuratrici vita.

Il decreto, infine, ha sottoposto a revisione anche il decreto legislativo n. 109/2007, relativo al contrasto del terrorismo (congelamento di fondi e risorse economiche).

Il decreto stabilisce che le disposizioni emanate dalle Autorità di vigilanza ai sensi delle norme abrogate o sostituite continuano a trovare applicazione fino al 31 marzo 2018, in attesa dell'emanazione delle nuove disposizioni.

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

GRANDI UTENTI GIUSTIZIA

Il Ministro della Giustizia il 15 marzo 2017 ha incontrato i grandi utenti della giustizia civile, tra cui ANIA, in rappresentanza delle imprese assicuratrici, al fine di:

- analizzare il contenzioso sotto un profilo qualitativo, partendo dalla prospettiva dei soggetti maggiormente coinvolti nelle procedure di contenzioso civile ed esecuzioni e fallimenti;
- apprestare modalità organizzative per migliorare la risposta per tipologie di contenzioso, a partire dai grandi utenti;
- verificare la necessità di alcune modifiche normative;
- offrire servizi più performanti.

L'analisi ministeriale è stata condotta su sei uffici campione (Bari, Milano, Napoli, Palermo, Roma e Torino), nei quali sono state verificate, per materia e oggetto, alcune tipologie di contenzioso nelle quali sono parti alcuni *big customers*. Tale indagine ha evidenziato che le procedure nelle quali sono coinvolti i grandi "utenti" rappresentano il 24% del totale dei procedimenti iscritti nel 2015 nelle sei sedi oggetto di detta indagine. L'individuazione di tali grandi utenti è stata necessaria e propedeutica al fine di avviare da parte del Ministero della Giustizia una diretta interlocuzione con detti soggetti per individuare corretti modelli organizzativi, buone pratiche e piani di azione per affrontare il problema e per la predisposizione del progetto «Grandi utenti della giustizia», un insieme di servizi informatici e statistici pensati proprio per chi si ritrova spesso ospite delle aule di giustizia.

ANIA ha aderito al progetto con convinzione, rappresentando esso un passo importante verso una gestione manageriale della giustizia.

COMMISSIONE ALPA – ADR

L'8 marzo 2016 il Ministro della Giustizia ha costituito, presso l'Ufficio legislativo del dicastero, una Commissione di studio (c.d. Commissione Alpa), per l'elaborazione di una riforma organica degli strumenti stragiudiziali di risoluzione delle controversie con l'obiettivo di armonizzare e razionalizzare un quadro normativo che attualmente presenta forme eterogenee di strumenti negoziali, a causa dei ripetuti e non coordinati interventi legislativi sulla materia.

ANIA è stata ascoltata dalla Commissione l'11 maggio 2016 e ha presentato alcune osservazioni e proposte del settore assicurativo, finalizzate a riordinare il sistema e a rendere gli strumenti di risoluzione alternativa delle controversie più efficaci ed efficienti.

I principali punti posti all'attenzione della Commissione sono stati i seguenti:

- migliore coordinamento tra la normativa riguardante, da un lato, la mediazione a fini conciliativi delle controversie relative alla responsabilità civile e sanitaria e i

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

contratti assicurativi, nonché la negoziazione assistita relativa alle controversie riguardanti la r.c. auto e, dall'altro, la normativa sulle procedure di risoluzione alternativa delle controversie (c.d. ADR consumeristiche) relative ai contratti assicurativi tra consumatori e professionisti;

- effettiva indipendenza, professionalità e competenza sia degli Organismi di mediazione o enti di ADR consumeristica sia dei soggetti che svolgono le procedure di risoluzione alternativa delle controversie;
- non obbligatorietà della mediazione e della negoziazione assistita;
- abolizione dell'obbligo di assistenza legale durante la procedura di mediazione;
- predisposizione di un contesto normativo chiaro, nell'ambito del quale una clausola di ADR equilibrata possa essere utilizzata senza incorrere nel pericolo di essere dichiarata vessatoria, al fine di incentivare l'uso di tali clausole nelle condizioni generali di contratto;
- aumento degli incentivi fiscali per la mediazione e la negoziazione assistita, e previsione degli stessi per ogni forma di arbitrato.

La Commissione Alpa, pertanto, il 7 gennaio 2017 ha elaborato un documento di riforma degli strumenti di degiurisdizionalizzazione – il cui esito, allo stato, non è conosciuto – contenente un articolato organizzato in modo sistematico in cui sono state raccolte le norme esistenti in materia di arbitrato, mediazione, negoziazione assistita e volontaria giurisdizione, con una breve illustrazione delle modifiche suggerite, tra le quali si evidenzia la proposta di modifica dell'art. 33, comma 2 lett. *t*, del d.lgs. 6 settembre 2005, n. 206 (Codice del consumo), che risponde a una delle proposte avanzate dal settore assicurativo di poter inserire una clausola compromissoria nei contratti con i consumatori, nel rispetto di alcune condizioni a tutela della parte più debole, in modo da poter ritenere la clausola non vessatoria. Per essere ritenuta non vessatoria, la clausola dovrebbe prevedere un arbitrato rituale e amministrato ai sensi dell'art. 832 c.p.c. ovvero la convenzione di arbitrato dovrebbe fare rinvio a un “regolamento arbitrale precostituito”, prevedere il foro del consumatore e l'impugnabilità del lodo per violazione delle regole di diritto.

ACF (ARBITRO CONSOB PER IL CONTENZIOSO FINANZIARIO)

Il 3 giugno 2016 è stato istituito presso CONSOB l'Arbitro per le Controversie Finanziarie (ACF) per la risoluzione extragiudiziale delle controversie sorte nell'ambito di prestazioni di servizi di investimento a investitori al dettaglio.

L'Arbitro, divenuto operativo il 9 gennaio 2017, fornisce servizi di risoluzione alternativa delle controversie (fino a un importo richiesto di 500.000 euro) relative ai prodotti di ramo III e V collocati tramite vendita diretta e/o tramite le banche e gli altri soggetti abilitati ai sensi della lettera D) del Registro Unico Intermediari e relative alla violazione degli obblighi di informazione, diligenza, correttezza e trasparenza cui sono tenute le imprese e gli intermediari nel collocamento dei suddetti prodotti.

Il sistema prevede l'adesione obbligatoria degli intermediari, la natura decisoria (ma non vincolante) della procedura che si conclude entro 90 giorni dalla sua apertura,

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

nonché la possibilità, per il solo investitore, di presentare il ricorso e rinunciare al procedimento con atto espresso. Nel caso di soccombenza dell'impresa, l'Arbitro può stabilire a suo carico l'obbligo di risarcire i danni subiti nonché le spese sostenute per il compimento degli atti ritenuti necessari. Nel caso in cui l'impresa non dia esecuzione alla decisione assunta dall'Arbitro è prevista a suo carico la sanzione "reputazionale" della pubblicazione di tale inadempimento.

Il collegio arbitrale è composto, oltre che dal presidente e da due membri che sono nominati direttamente da CONSOB, da altri due membri che sono nominati sempre da CONSOB su designazione, rispettivamente, del Consiglio Nazionale dei Consumatori e degli Utenti (CNCU) e di tutte le Associazioni di categoria degli intermediari maggiormente rappresentative.

A seguito dell'avvio dell'operatività dell'ACF, le imprese assicuratrici:

- forniscono agli investitori, anche attraverso la documentazione contrattuale e il proprio sito web, informazioni circa le funzioni dell'Arbitro, precisando che il diritto di ricorrere all'Arbitro medesimo non può formare oggetto di rinuncia da parte dell'investitore ed è sempre esercitabile, anche in presenza di clausole di devoluzione delle controversie ad altri organismi di risoluzione extragiudiziale contenute nei contratti;
- assicurano che i reclami da essi ricevuti saranno valutati anche alla luce degli orientamenti desumibili dalle decisioni assunte dall'Arbitro e che, in caso di mancato accoglimento, anche parziale, di tali reclami, all'investitore vengano fornite adeguate informazioni circa i modi e i tempi per la presentazione del ricorso all'Arbitro;
- rendono disponibile sulla pagina iniziale del proprio sito web il collegamento ipertestuale al sito web dell'Arbitro.

È stato previsto, al fine di consentire alle imprese di gestire al meglio gli adempimenti connessi all'inoltro delle deduzioni nell'ambito delle procedure di ricorso, che le imprese possano avvalersi di un procuratore ovvero di un'associazione di categoria.

IL DECRETO LEGISLATIVO N. 254/2016 DI RECEPIMENTO DIRETTIVA 2014/95/UE SULLE INFORMAZIONI NON FINANZIARIE E SULLA DIVERSITÀ NELLA COMPOSIZIONE DEGLI ORGANI DI AMMINISTRAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

Con il decreto legislativo n. 254/2016, è stata recepita in Italia la direttiva 2014/95/UE del Parlamento europeo sulle informazioni non finanziarie e sulla diversità nella composizione degli organi di amministrazione, gestione e controllo.

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

A partire dal 1° gennaio 2017 sono tenute a fornire al pubblico tali informazioni le “imprese di grandi dimensioni che costituiscono enti di interesse pubblico e che, alla data di chiusura del bilancio, presentano un numero di dipendenti occupati in media durante l'esercizio pari a 500”. L’obbligo di pubblicare una dichiarazione di carattere non finanziario – che dovrà avvenire in sede di approvazione del bilancio relativo all’esercizio del 2017 – riguarda “almeno” le informazioni sociali e ambientali, attinenti al personale, al rispetto dei diritti umani e alla lotta contro la corruzione attiva e passiva “in misura necessaria alla comprensione dell’andamento dell’impresa, dei suoi risultati, della sua situazione e dell’impatto della sua attività”. Per adempiere all’obbligo, le imprese possono utilizzare linee guida internazionali, europee o nazionali che considerino appropriate. La dichiarazione deve includere la descrizione delle politiche applicate su tali materie, dei risultati conseguiti e dei rischi connessi e deve essere inclusa nella relazione sulla gestione. Inoltre, la dichiarazione di carattere non finanziario deve contenere informazioni sulle procedure di *due diligence* applicate dall’impresa, anche relativamente alla *supply chain*, per individuare, prevenire e attenuare le ripercussioni negative esistenti e potenziali. Le informazioni possono essere fornite a livello di gruppo, piuttosto che da ogni singola impresa del gruppo: le imprese appartenenti a un gruppo sono esentate dall’obbligo oggetto della proposta se le stesse e le loro controllate siano incluse nella relazione consolidata sulla gestione o nella relazione distinta di un’altra impresa. Sono previste particolari indicazioni applicative per le imprese quotate che dovranno essere emanate da CONSOB, che è anche l’Autorità competente ad applicare le sanzioni previste in caso di errate o false dichiarazioni.

LA COMMISSIONE UE E LE LINEE GUIDA SULL'APPLICAZIONE DELLA DIRETTIVA 2014/95/UE IN MATERIA DI INFORMAZIONI NON FINANZIARIE

L’art. 2 della Direttiva 2014/95/UE prevede che la Commissione elabori e pubbli i propri orientamenti non vincolanti, previa consultazione dei portatori di interesse, sulla metodologia di comunicazione delle informazioni di carattere non finanziario, compresi gli indicatori fondamentali di prestazione generali e settoriali, al fine di agevolare la divulgazione pertinente, utile e comparabile di informazioni di carattere non finanziario da parte delle imprese. Dopo ampia consultazione pubblica (alla quale hanno partecipato più di 350 stakeholders) la Commissione dovrebbe pubblicare a breve le predette Linee guida, tenendo conto delle *best practices* di settore, degli sviluppi internazionali e delle relative iniziative condotte nell’Unione. La “Responsabilità Sociale di Impresa” (RSI), infatti, intesa come “integrazione volontaria delle preoccupazioni sociali ed ecologiche delle imprese nelle loro operazioni commerciali e nei loro rapporti con le parti interese”, è una delle tematiche su cui la Commissione UE fa affidamento per aumentare la crescita, la competitività e l’innovazione. La RSI, che riguarda gli interventi delle imprese che vanno al di là dei loro obblighi giuridici nei confronti della società e dell’ambiente, può portare benefici in termini di gestione del rischio, riduzione dei costi, accesso al capitale, relazioni con i clienti, gestione delle risorse umane e capacità di innovazione.

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

CAMBIAMENTO CLIMATICO E INFORMAZIONI RILEVANTI PER STAKEHOLDER. RACCOMANDAZIONI DEL GRUPPO DI LAVORO FINANCIAL STABILITY BOARD

A seguito della Conferenza sul clima, tenutasi a Parigi nel dicembre 2015, il Financial Stability Board (FSB) ha costituito un Gruppo di lavoro internazionale (composto da rappresentanti dell'industria finanziaria e non) al quale è stato attribuito il compito di elaborare analisi e raccomandazioni al fine di favorire una maggior trasparenza sulle informazioni relative all'impatto ambientale delle attività economiche e produttive. L'obiettivo perseguito è stato quello di accrescere la consapevolezza degli investitori (in particolare i c.d. "investitori istituzionali" quali assicuratori, fondi pensione, fondi di investimento, ma anche altri operatori finanziari e *stakeholders* interessati al tema) in merito alle conseguenze – dirette e indirette, sulle scelte di investimento, sull'analisi dei rischi e sulla *governance* delle imprese – derivanti dai cambiamenti climatici in atto. A tal fine, il Gruppo di lavoro ha elaborato alcune raccomandazioni affinché le informazioni correlate al cambiamento climatico divengano sempre più disponibili, consistenti, comparabili, credibili, chiare e autorevoli per i mercati finanziari al fine di renderli più efficienti, nell'ambito di economie più stabili e resilienti.

Secondo quanto emerso nell'ambito del Gruppo di lavoro, il cambiamento climatico diverrà un fattore molto rilevante per la *governance* aziendale: a conclusione di un lungo processo di elaborazione e consultazione, nel dicembre scorso è stato pubblicato un rapporto contenente una serie di raccomandazioni che è stato posto in pubblica consultazione e la cui redazione definitiva dovrebbe essere pubblicata nel mese di luglio 2017.

LE LINEE GUIDA DEL LONDON STOCK EXCHANGE SULLE INFORMAZIONI NON FINANZIARIE DELLE IMPRESE QUOTATE

Anche il London Stock Exchange ha emanato proprie Linee guida ispirate alla Task force del Financial Stability Board per quanto riguarda la comunicazione delle informazioni sul clima. In particolare, viene enfatizzata l'importanza della comparabilità nel tempo e tra diverse società di tali informazioni attraverso l'utilizzazione di standard di riferimento riconosciuti a livello internazionale. Grande rilevanza è riconosciuta al concetto di materialità attraverso l'indicazione di otto priorità di reporting, tra le quali particolare attenzione viene posta al c.d. "investment grade" dei dati e delle informazioni non finanziarie che devono essere completi, coerenti, attendibili, comparabili e trasparenti.

BANCA D'ITALIA: FINANCING THE FUTURE – DIALOGO ITALIANO SULLA FINANZA SOSTENIBILE

Il 6 febbraio 2017 è stato presentato, presso la Banca d'Italia, il Rapporto sul ruolo della finanza nel cambiamento climatico, promosso dall'UNEP-FI e dal Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare, alla cui redazione ha contri-

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

buito anche ANIA coordinando il capitolo dedicato al settore assicurativo. Il cambiamento climatico in atto, conseguente al modello di sviluppo economico finora perseguito, ha favorito l'inasprirsi sia in termini di frequenza che di intensità di danni ambientali e sociali in ogni parte del Mondo. La società civile e la comunità finanziaria hanno sopportato un costo economico e sociale ingentissimo per far fronte agli eventi naturali estremi. Le conseguenze potrebbero essere molto gravi e irreversibili se non si interviene rapidamente operando sulle cause strutturali alla base del progressivo riscaldamento del globo. Nell'ultimo biennio, in particolare, la comunità finanziaria si è interrogata sul proprio ruolo e sulla necessità di intervenire sul problema trasformandolo in un'opportunità di sviluppo attraverso la progressiva transizione dalle energie fossili, responsabili della produzione di CO₂, alle energie rinnovabili. Tale transizione, che dovrà avvenire nella maniera meno traumatica possibile, seppur in un tempo ragionevolmente breve, si fonda su un progressivo e diffuso processo di de-carbonizzazione e di sviluppo di strumenti e prodotti finanziari che possano sostenere il processo di transizione. In questo contesto grande rilievo assumono le informazioni non finanziarie sull'impatto delle attività economiche che saranno sempre più diffuse e il cui utilizzo costituisce la vera sfida per gli analisti finanziari, i risk manager, gli asset manager, i product designer per i prossimi anni. Gli assicuratori e i fondi pensione, in quanto investitori istituzionali con orizzonte temporale di lungo periodo, sono tra i principali attori di questo processo di cambiamento.

14

LE PREVISIONI PER IL 2017

LE PREVISIONI PER IL 2017

L'ECONOMIA INTERNAZIONALE NEL 2017-18

Il Fondo Monetario Internazionale stima che nel 2017 l'output mondiale aumenterà del 3,5%, accelerando in modo significativo rispetto all'anno precedente (+3,1%), in linea con le stime preliminari rilasciate all'inizio dell'anno. Sempre secondo il Fondo, nel 2018 il ritmo di espansione dell'economia mondiale si manterrebbe su livelli analoghi o lievemente superiori.

Nel biennio di previsione si osserverebbe un riallineamento delle dinamiche di crescita dei diversi aggregati di paesi. Il PIL delle economie avanzate (+2,0% nel 2017 e nel 2018; +1,7% nel 2016) e quello dei paesi emergenti (+4,5%, +4,8% nel 2018; +4,1% nel 2016), infatti, accelererebbe moderatamente nei prossimi due anni. La rinnovata dinamica dell'output dei paesi emergenti trarrebbe sostegno dalla definitiva uscita dalla fase recessiva di Russia e Brasile e dalla sostenuta accelerazione prevista per l'economia indiana nel biennio; presi in combinazione, tali elementi sarebbero in grado di compensare il rallentamento dell'economia cinese.

Tra i paesi avanzati continuerebbero a prevalere andamenti differenziati tra le principali economie che li compongono. L'economia degli Stati Uniti si dimostrerebbe ancora la più dinamica (+2,3%, +2,5% nel 2018 secondo il FMI; +2,1%, +2,4% secondo l'OCSE). La crescita del PIL dell'area dell'euro sarebbe più debole e con una lieve tendenza al rallentamento nell'ultima parte del biennio di previsione (+1,7%, +1,6% nel 2018 secondo il FMI; +1,8%, +1,8% secondo l'OCSE). Le proiezioni per l'economia giapponese puntano invece a un'accelerazione nel 2017 (+1,2% secondo il FMI e +1,4% secondo l'OCSE) seguita da un brusco rallentamento l'anno successivo (+0,6% secondo il FMI e +1,0% secondo l'OCSE) (tavola 1).

Negli Stati Uniti la sostanziale piena occupazione rappresenterebbe l'impulso principale per la domanda interna privata, la cui dinamica – particolarmente sostenuta nella

Tavola 1 – Le previsioni 2017-2018 per i paesi industrializzati

(Variazioni % rispetto all'anno precedente dove non specificato)

	Stati Uniti				Giappone				Area dell'euro			
	FMI		OCSE		FMI		OCSE		FMI		OCSE	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
PIL	2,3	2,5	2,1	2,4	1,2	0,6	1,4	1,0	1,7	1,6	1,8	1,8
Consumi delle famiglie	2,7	2,5	2,4	2,4	0,7	0,7	0,9	0,6	1,5	1,5	1,4	1,4
Consumi della PA	0,8	1,4	0,5	2,4	0,4	-0,4	0,3	0,1	1,2	0,9	1,2	1,3
Investimenti fissi	3,4	5,3	3,9	4,2	2,4	1,6	-0,1	0,3	2,7	2,7	3,4	3,3
Esportazioni	3,0	2,9	–	–	4,1	2,3	–	–	3,9	3,9		
Importazioni	6,2	6,0	–	–	2,4	2,8	–	–	4,1	4,1		
Tasso di disoccupazione (*)	4,7	4,6	4,6	4,3	3,1	3,1	2,8	2,7	9,4	9,1	9,3	8,9
Deficit/PIL (**)	-4,0	-4,5	-4,7	-5,2	-4,0	-5,0	-4,4	-4,0	-1,5	-1,2	-1,2	-0,9
Prezzi al consumo	2,7	1,4	2,5	2,2	1,0	0,6	0,6	1,0	1,7	1,5	1,7	1,4

(*) % di disoccupati su forza lavoro

(**) Punti percentuali

Fonte: FMI; OCSE

LE PREVISIONI PER IL 2017

componente degli investimenti fissi lordi – si rifletterebbe in una significativa accelerazione dei prezzi al consumo. Il rapporto con l'estero evidenzierebbe un andamento più vivace nella componente delle importazioni. Nell'area dell'euro emergerebbero dinamiche di analogo orientamento, ma di entità più contenuta. Il rallentamento dell'economia giapponese dovrebbe invece avere origine nell'inversione dell'orientamento della politica fiscale prevista nella seconda parte dal biennio di previsione.

L'ECONOMIA ITALIANA NEL 2017-2018

Il quadro di previsione dell'economia italiana punta a un complessivo lieve rallentamento del PIL nel prossimo biennio, nonostante emergano lievi differenze nelle valutazioni dei principali istituti.

Per quanto riguarda il 2017 l'OCSE si mostra più ottimista, stimando una crescita del PIL pari all'1,0% (in linea con il dato del 2016), contrariamente al Fondo Monetario Internazionale e alla Commissione europea che puntano entrambi a una crescita appena più contenuta e pari rispettivamente allo 0,8% e allo 0,9%. Per il 2018 l'OCSE indica un lieve rallentamento (+0,8%), il Fondo Monetario una sostanziale stabilità, mentre la Commissione un'accelerazione (+1,1%). La media delle stime del campione di istituti di previsione monitorato da Consensus Economics punta a una crescita dello 0,9% sia nel 2017 sia nel 2018.

I consumi privati sono previsti in espansione a tassi lievemente inferiori rispetto a quelli del PIL. Secondo l'OCSE – in questo caso meno ottimista rispetto agli altri istituti, soprattutto per il 2018 – crescerrebbero dello 0,7% nel 2017 e dello 0,4% nel 2018; il Fondo Monetario Internazionale e la Commissione europea prevedono invece tassi di crescita maggiormente allineati a quelli del PIL (+0,8% e +0,7%, per il FMI; +0,8% e +1,0% per la Commissione).

Quanto alla componente più volatile, gli investimenti, le stime dei tre Istituti concordano nel prevedere nel biennio una dinamica vivace, più intensa nel 2017 e in lieve rallentamento nel 2018, divergendo moderatamente sull'entità delle variazioni (OCSE: +3,4% e +3,2%; FMI: +2,8% e +2,1%; CE: +3,6% e +3,3%).

Quanto alle stime dell'andamento della spesa della pubblica amministrazione, le stime degli Istituti mostrano divergenze più consistenti relativamente al 2017 (OCSE: +0,6%; FMI: +0,4%; CE: +0,2%), e risultano lievemente più allineate per l'anno successivo (OCSE: +0,1%; FMI: +0,2%; CE: +0,0%). Quanto al loro impatto sul rapporto deficit/PIL, l'OCSE e il Fondo prevedono un miglioramento consistente nel 2018 (2,1% e 2,4%, rispettivamente, nel 2017 e 1,4% per entrambi nel 2018), mentre le stime della Commissione puntano a un lieve peggioramento per il prossimo anno (2,2% nel 2017 e 2,3% nel 2018).

I recenti aumenti dei prezzi dei beni energetici e alimentari contribuirebbero alla dinamica sostenuta dell'andamento dei prezzi anche nel prossimo biennio. Secondo

LE PREVISIONI PER IL 2017

l'OCSE e la Commissione i prezzi al consumo crescerebbero dell'1,5% nel 2017 e del +1,3% nel 2018; il Fondo stima invece una dinamica dei prezzi al consumo stabile nel biennio (+1,3% per entrambi gli anni).

Migliorerebbero leggermente le condizioni del mercato, con il tasso di disoccupazione in diminuzione nell'arco del biennio di previsione.

Non sono allineate infine le previsioni dell'OCSE e della Commissione sull'andamento delle variabili esterne. L'OCSE proietta nel prossimo biennio una dinamica delle importazioni (+4,7% e +3,9%) lievemente superiore a quella delle esportazioni (+4,1% e +3,6%). Lo scenario prospettato dalla Commissione vede una situazione simile ma caratterizzata da una maggior divario tra le due variebili (+4,5% e +4,7% per i beni e servizi importati e +3,4% e +3,6% per quelli esteri).

Tavola 2
Le previsioni per l'economia italiana

(Variazioni % rispetto all'anno precedente)

Fonte: OCSE (giugno 2017), Fondo Monetario Internazionale (aprile 2017), Commissione europea (maggio 2017)

	OCSE		FMI		Commissione europea	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
PIL a prezzi di mercato	1,0	0,8	0,8	0,8	0,9	1,1
Consumi privati	0,7	0,4	0,8	0,7	0,8	1,0
Consumi delle PA	0,6	0,1	0,4	0,2	0,2	0,0
Deficit pubblico/PIL	-2,1	-1,4	-2,4	-1,4	-2,2	-2,3
Investimenti fissi lordi	3,4	3,2	2,8	2,1	3,6	3,3
Esportazioni	4,1	3,6	-	-	3,4	3,6
Importazioni	4,7	3,9	-	-	4,5	4,7
Tasso di disoccupazione	11,5	11,2	11,4	10,0	11,5	11,3
Indice armonizzato dei prezzi al consumo	1,5	1,3	1,3	1,3	1,5	1,3

L'ASSICURAZIONE ITALIANA NEL 2017

Nel 2017, **i premi contabilizzati totali (danni e vita)** del portafoglio diretto italiano si attesterebbero a poco più di 130 miliardi, in diminuzione del 2,8% rispetto all'anno appena concluso, dopo il calo di quasi il 9% registrato nel 2016. Va anche precisato che la raccolta premi complessiva aveva registrato valori record negli anni 2014-2015, arrivando attorno ai 145 miliardi in ciascun anno.

Il risultato del 2017, deriverebbe da un ulteriore calo dei premi vita (-4,0%) in parte controbilanciato da una lieve crescita dei premi danni (+1,0%).

L'incidenza dei premi complessivi sul PIL scenderebbe dall'8,0% del 2016 al 7,7% del 2017 (Tavola 3).

I premi contabilizzati del portafoglio diretto italiano del **settore danni** nel 2017 tornerebbero a superare i 32 miliardi, in aumento dell'1,0% rispetto al 2016, interrompendo così un lungo periodo di contrazione iniziato nel 2012. Ciò dipenderebbe sia da un rallentamento dei tassi di riduzione dei premi del ramo r.c. auto sia da un ulteriore sviluppo di tutti gli altri rami danni diversi dalla r.c. auto.

LE PREVISIONI PER IL 2017

Tavola 3
Previsioni dei premi assicurativi in Italia
 Valori in milioni

RAMI	PREMI 2016	PREMI 2017	VAR. 2017-2016	Per memoria:	
				VAR. 2016-2015	VAR. 2015-2014
R.c. auto e r.c. marittimi	13.525	13.325	-1,5%	-5,6%	-6,5%
Infortuni	3.008	3.053	1,5%	1,0%	-0,4%
R.c. generale	2.899	2.914	0,5%	-0,2%	1,4%
Altri danni ai beni	2.759	2.787	1,0%	0,5%	-1,7%
Corpi veicoli terrestri	2.634	2.766	5,0%	6,5%	2,9%
Incendio	2.377	2.413	1,5%	0,8%	-0,2%
Malattia	2.349	2.513	7,0%	9,6%	4,2%
Altri rami danni	2.401	2.511	4,6%	1,8%	2,8%
TOTALE ALTRI RAMI DANNI (esclusa r.c. auto e r.c. marittimi)	18.427	18.957	2,9%	2,6%	1,1%
TOTALE RAMI DANNI	31.953	32.281	1,0%	-1,0%	-2,4%
<i>Incidenza % sul Pil</i>	<i>1,9%</i>	<i>1,9%</i>			
Ramo I - Vita umana	73.639	61.488	-16,5%	-5,4%	-5,7%
Ramo III - Fondi di investimento	24.031	32.442	35,0%	-24,5%	45,8%
Altri rami vita	4.587	4.220	-8,0%	-12,4%	-14,2%
TOTALE RAMI VITA	102.257	98.150	-4,0%	-11,0%	4,0%
<i>Incidenza % sul Pil</i>	<i>6,1%</i>	<i>5,8%</i>			
TOTALE RAMI	134.209	130.431	-2,8%	-8,8%	2,5%
<i>Incidenza % sul Pil</i>	<i>8,0%</i>	<i>7,7%</i>			
<i>Variazioni a perimetro di imprese omogeneo</i>					

Nel ramo r.c. auto, per effetto di una progressiva erosione dei margini tecnici, ma trovandosi le imprese ad operare in un contesto fortemente competitivo, i premi dovrebbero ancora risultare in lieve calo (-1,5%). Assisteremmo così al sesto anno consecutivo di riduzione (complessivamente dal 2011 al 2017 i premi si ridurrebbero di oltre il 25% senza considerare gli effetti inflattivi); appare però evidente come il tasso di riduzione si stia assottigliando (dal -7,0% nel 2013, si è passati al -6,5% nel 2014 e 2015 e al -5,6% nel 2016). Il volume dei premi contabilizzati si attesterebbe a 13,3 miliardi alla fine dell'anno corrente, incidendo per il 41,3% sul totale dei premi danni (42,3% nel 2016).

Continuerebbe invece la fase espansiva dei rami danni diversi dalla r.c. auto che risentirebbero del positivo recupero del ciclo economico generale. Si stima, infatti, per il 2017 un incremento dei premi contabilizzati del 2,9% (quasi 19 miliardi), appena superiore alla crescita già registrata nel 2016 (+2,6% e 18,4 miliardi). I settori che contribuirebbero di più a questa crescita sono:

- il ramo corpi veicoli terrestri (ossia le garanzie incendio/furto e collisione dei veicoli) che risulterebbe ancora una volta positivamente influenzato dall'andamento delle nuove immatricolazioni di auto, cresciute già nei primi cinque mesi del 2017 dell'8,1%; i premi di questo ramo dovrebbero infatti aumentare del 5,0% per un volume pari a 2,8 miliardi;
- il ramo malattia aumenterebbe del 7% dopo la già forte accelerazione del 2016 (+9,6%) come conseguenza di una maggiore domanda di copertura per i rischi legati alle spese mediche e interventi chirurgici, soprattutto di polizze collettive

LE PREVISIONI PER IL 2017

legate a strumenti di welfare integrativo aziendale; il volume dei premi di questo ramo supererebbe i 2,5 miliardi a fine anno;

- i rami infortuni, incendio e altri danni ai beni si svilupperebbero in linea (o appena sopra) la crescita del PIL nazionale (+1,0% / +1,5%).

Nel 2017 l'incidenza dei premi danni rispetto al PIL rimarrebbe invariato all'1,9%.

Nel **settore vita** si assisterebbe nel 2017, per il secondo anno consecutivo, a una contrazione dei premi contabilizzati (-4,0%) inferiore comunque a quanto registrato nel 2016 (-11%), per un volume complessivo che supererebbe i 98 miliardi. Il comparto vita è risultato, negli anni più recenti, molto mutevole negli andamenti di raccolta in funzione sia della volatilità di mercati finanziari sia dei rendimenti delle gestioni separate che si collocano in un contesto di bassi tassi di interesse. Per queste ragioni, il 2017, vedrà nuovamente un'alternanza nelle variazioni dei premi dei due principali settori:

- mentre le polizze rivalutabili (soprattutto ramo I) registrerebbero una brusca frenata (-16,5% per un volume di 61,5 miliardi) proprio a causa delle difficoltà registrate dalle imprese assicurative a offrire prodotti di tipo tradizionale e con garanzie di rendimento;
- le polizze a prevalente contenuto finanziario (unit-linked) risulterebbero, invece, in forte crescita (+35% e un volume premi di 32,4 miliardi) dopo l'accentuata diminuzione del 2015 (-24,5%).

Questo nuovo cambio di *pattern* nella commercializzazione delle polizze vita è evidente anche dall'analisi dei dati della nuova produzione vita che alla fine di maggio 2017 era pari a 35,2 miliardi contro i 41,0 miliardi dei primi cinque mesi del 2016 (-14,1%).

La diminuzione della nuova produzione è tutta concentrata nelle polizze tradizionali: -27,2% i premi delle polizze rivalutabili di ramo I (con un volume pari a 22,9 miliardi) e -17,1% i premi delle polizze di capitalizzazione (con un volume pari a 672 milioni). La crescita delle polizze linked (+33,6% per un volume di nuovi premi pari a 11,6 miliardi) non riesce comunque a compensare il calo degli altri rami vita.

Complessivamente l'incidenza del volume dei premi contabilizzati del settore vita rispetto al PIL scenderebbe dal 6,1% nel 2016 al 5,8% nel 2017.

I dati pubblicati si riferiscono al complesso delle imprese aventi sede legale in Italia, delle rappresentanze in Italia di imprese aventi sede legale in paesi non facenti parte dello Spazio Economico Europeo e delle rappresentanze di imprese estere esercenti la sola riassicurazione.

I dati relativi al 2016 e al 2017 sono stimati

Chiuso in tipografia il 4 luglio 2017

L'ASSICURAZIONE ITALIANA 2016 - 2017

Ania

Associazione Nazionale
fra le Imprese Assicuratrici

Via di San Nicola da Tolentino 72
00187 Roma
T +39 06 326 881

Rapporti Internazionali e Studi Economici
Attuariato, Statistiche e Analisi Banche Dati
relazioneannuale@ania.it www.ania.it